

Möglichkeiten der Musiktherapie im Rahmen der psychologischen Behandlung

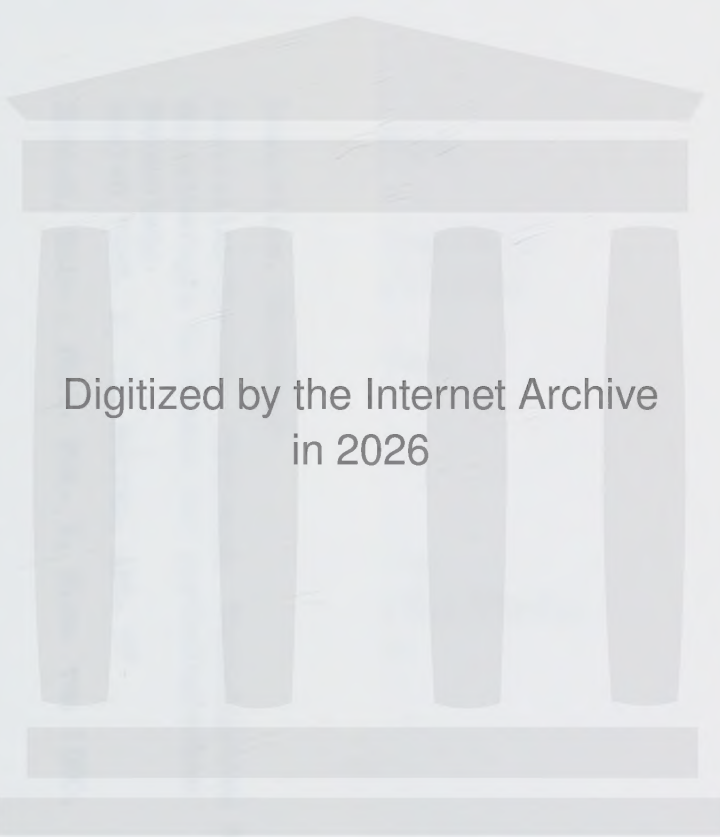
Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich

vorgelegt von
Christoph Desbiolles-Theiler
von Zürich

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. D. von Uslar

Zürich 1980
Druck: A. Wohlgemuth, Zollikon



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Möglichkeiten der Musiktherapie im Rahmen der psychologischen Behandlung

Abhandlung

zur Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultät I
der
Universität Zürich



vorgelegt von
Christoph Desbiolles-Theiler
von Zürich

Angenommen auf Antrag von Herrn Prof. Dr. D. von Uslar

Zürich 1980
Druck: A. Wohlgemuth, Zollikon

Möglichkeiten der Psychotherapie
im Rahmen der
psychologischen Behandlung

Abhandlung

von
Dr.
Klaus F. Zimmermann



Christoph Dietrich-Verlag
von Leipzig

Erstausgabe und unverändert bis 1914

1914
Verlag v. W. F. Zimmermann

Meinen Eltern
und meiner Frau
in Dankbarkeit

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	5
1. <u>Historischer Abriss der Musiktherapie</u>	7
2. <u>Empirische Untersuchungen zur Wirkung von Musik und akustischen Reizen</u>	25
2.1. Physiologische Aspekte	25
2.1.1. Erste grundlegende empirische Untersuchungen	25
2.1.2. Neuere Untersuchungen unter Berücksichtigung musikinhärenter Variablen	27
2.1.3. Subjektabhängige Variablen	29
2.1.4. Zusammenfassung	31
2.1.5. Bedeutung und Konsequenz für die Musiktherapie	32
2.2. Psychologische Aspekte	36
2.2.1. Emotional-affektive und assoziative Wirkung der Musik	36
2.2.2. Musik und Hörer	36
2.2.3. Wiederholte Darbietung	37
2.2.4. Polaritätenprofile zur Beurteilung erlebter Qualitäten	37
3. <u>Musik als Ausdruck menschlichen Seins</u>	38
3.1. Musik als menschliche 'Notwendigkeit'	38
3.2. Verhaltensbiologischer Exkurs	40
3.3. Geräusch- und Tonlandschaft als Umfeld des Menschen	43
3.4. Kommunikation durch Musik ?	49
3.4.1. Ueberlegungen zur Genese des Kommunikationsmediums Musik	49
3.4.2. Analyse musikalischer Kommunikation	51
3.4.3. Aspekte des 'Verstehens' von Musik	53
3.5. Tiefenpsychologische Aspekte	55
3.5.1. Die frühe klassische Psychoanalyse und die Musik	55
3.5.2. Spätere, psychoanalytisch orientierte Arbeits-hypothesen	56
3.5.2.1. Regressionskonzepte	56
3.5.2.2. Auf der Analytischen Psychologie C.G. Jungs basierende Konzepte	58

4.	<u>Musiktherapie heute unter spezifischer Berücksichtigung psychotherapeutischer Erfordernisse</u>	60
4.1.	Definitionen und Zielsetzungen der Musiktherapie	60
4.2.	Musik in Psychotherapie und Sonderpädagogik von heute	62
4.2.1.	Musikalische Sonderpädagogik	64
4.2.2.	Musiktherapie in Psychiatrie/Musiktherapie als Psycho- beziehungsweise Soziotherapie	67
4.3.	Kurzer Abriss musikalisch-sonderpädagogischer und musiktherapeutischer Konzepte	68
4.3.1.	die 'rhythmisch-musikalische Erziehung'	69
4.3.2.	Anthroposophisch ausgerichtete Musiktherapie und Bewegungstherapie	71
4.3.3.	Die Orff-Musiktherapie	74
4.3.4.	Aktive Musiktherapie autistischer und schizophrener Störungen	76
4.3.5.	Eine Uebersicht über die Verfahren anhand der musiktherapeutischen Systematik nach Ch. Schwabe (1974)	82
4.3.5.1.	(Rezeptiv) kommunikative EMT	86
4.3.5.2.	(Rezeptiv) reaktive EMT	87
4.3.5.3.	(Rezeptiv) regulative EMT	88
4.3.5.4.	Ungerichtet-Rezeptive EMT	90
4.3.5.5.	Aktive Einzelmusiktherapie	91
4.3.5.6.	Gruppenmusiktherapeutische Verfahren	93
4.4.	Prinzipien und Rahmenbedingungen der musiktherapeutischen Situation	96
4.5.	Musiktherapie als Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	100
4.5.1.	Musik als beziehungsstiftendes und anregendes Element beim Kinde	102
4.5.2.	Therapie bei Kindern als umfassende 'mehrdimensionale' Massnahme	104
4.5.3.	Musiktherapeutische Verfahren und ihre Anwendbarkeit in der Arbeit mit Kindern	108
4.5.4.	Drei kasuistische Beiträge zum Problem des musiktherapeutischen Einsatzes	109
4.6.	Kritische Anmerkungen zu den musiktherapeutischen Verfahren	118
	Literaturverzeichnis	121

EINLEITUNG

Musiktherapie als Methode zur Beeinflussung seelischer sowie geistiger Störungen, zur Behandlung von Krankheiten ist keine Schöpfung des 20. Jahrhunderts, sondern eine der ältesten und frühesten Behandlungsmethoden überhaupt in der Geschichte der Menschheit. Nach BAERTSCHI-ROCHAIX (1973, S. 93) entstand die Musiktherapie aus einer Empirie, die bis in die Urzeiten menschlicher Existenz zurückführt und die auf eine jahrtausende alte Erkenntnis zurückblicken kann.

Die Musiktherapie als Verfahren und Methode ist wiederentdeckt worden. Gemäss der modernen Definition der National Association for Music Therapy (NAMT) der USA ist Musiktherapie die wissenschaftliche Anwendung der Musik zum Zwecke therapeutischer Ziele (vgl. BENENZON 1973, S. 158). Musiktherapie ist Psychotherapie oder - anders ausgedrückt - angewandte Musik mit der Zielsetzung, emotional zu aktivieren, spannungsregulierend zu wirken, kontaktfördernd zu beeinflussen oder Erlebnisfähigkeit zu steigern (vgl. SCHABE 1974, S. 9). Nach einem knappen historischen und empirisch-naturwissenschaftlichen Exkurs soll das noch kaum erforschte und durchleuchtete Verhältnis des Menschen zu Ton und Geräusch, zur "tönenden Umwelt" in seiner immensen Bedeutung wenigstens angesprochen werden.

Die vorliegende Arbeit soll den Stand musiktherapeutischer Theoriebildung und Praxis wenigstens zu umreissen versuchen. Dabei soll in einem speziellen Teil auf verschiedene Schwerpunkte heutiger musiktherapeutischer Praxis und ganz zum Schluss auf das musiktherapeutische Arbeiten mit Kindern eingegangen werden. Dieser letztgenannte Schwerpunkt widerspiegelt in einem gewissen Sinne Interessen des Verfassers, der seit einigen Jahren psychodiagnostisch und -therapeutisch mit Kindern arbeitet. Ganz besonders in der Therapie mit Kindern zeigt sich immer wieder, dass noch längst nicht alle Möglichkeiten der Kontaktaufnahme

und -erhaltung, der Verständigung und des Agierens beziehungsweise Reagierens erschöpft sind. Ausgehend von der Erkenntnis, dass nicht so sehr die Verbalisierung intellektueller Einsicht, sondern emotional-affektive Erfahrungen für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung bedeutsam sind*), scheint es legitim, nach 'neuen' Formen und Möglichkeiten des Ausdrucks und Erlebens zu suchen.

Musik als akustisches Phänomen soll nicht "für sich allein", sondern im sozialen, historischen Kontext als Mittel zum Ausdruck von Befindlichkeit und Bedürfnis des Menschen gesehen werden.

*) Wir beziehen uns hier auf STROBEL/HUPPMANN 1978, S.11 (Vorbemerkungen)

1. HISTORISCHER ABRISS DER MUSIKTHERAPIE

MUSIK UND MUSIKTHERAPIE IN FRÜHEREN KULTUREN UND GESELLSCHAFTEN

Es steht heute hinreichend fest, dass schon in frühesten Kulturen, sogenannten Primitivkulturen, die Musik und deren Verwendung einen festen Platz hatte. Man kennt allerdings die Ursprünge der Musik nicht; doch erlauben uns - neben alten Quellen und Belegen - Kontakte mit Naturvölkern Einblicke in Frühformen musikalischer Betätigung.

Freilich machen von der Musik und ihrer heilenden Funktion Natur- und Kulturvölker gleichermassen Gebrauch. YASARGIL (1962, S. 301-326) erwähnt diese "Verwendung" von Musik im eingangs erwähnten Zusammenhang im Islam, im Schamanismus, im chinesischen und abendländischen Kulturkreis.

Es soll hier von Musiktherapie die Rede sein, d.h. also von heilender Musikwirkung auf den Menschen. Doch sei an dieser Stelle kurz erwähnt, dass z.B. im Schamanismus Musik, musikalische Bewegung und Rhythmus oftmals wichtige Hilfsmittel zur Beschwörung von Geistern und verstorbenen Seelen sind (Musik soll also auch Beeinflussungs-, Beschwörungs- und Kommunikationsmittel für den Umgang mit transzendenten Mächten sein; YASARGIL 1962, S. 301-326; JAMES 1972, S. 29 ff).

Der Mediziner, Schamane oder Priester eines Clans oder Stammes ist in der Lage, durch Musik gefährliche Totengeister fernzuhalten, Gottheiten und Dämonen günstig zu stimmen, bedrohende "Mana-Träger" (mit übernatürlicher Energie geladene Objekte oder Lebewesen) zu neutralisieren und Krankheit zu heilen bzw. deren Verlauf günstig zu beeinflussen.

Zum Wesen dieser Musik gehört, dass sie also an Ort und Gelegenheit gebunden ist, somit nicht beliebig aufgeführt werden

kann; sie dient immer ganz bestimmten Funktionen, ist also funktional gebunden (MOELLER 1974, S. 58).

DENSMORE erwähnt in einer aufschlussreichen Studie ausdrücklich indianische Heilgesänge zur Behandlung der verschiedenartigsten Krankheiten und Störungen (DENSMORE, in: SCHULLIAN/SCHOEN 1948). Sogenannte Primitivkulturen und Naturvölker waren und sind einer Denk- und Erlebensweise verhaftet, die man am ehesten als prälogisch, magisch und animistisch bezeichnen könnte. Wie MOELLER (1974 S. 55) näher ausführt, liegen für die Naturvölker allen Naturvorgängen beseelte dynamisch-magische Wirkkräfte zugrunde.

Im Denken des Naturmenschen fehlt die deutliche Grenze zwischen Ich und Nicht-Ich; Ich und Umwelt, aber auch Wahrnehmung und Vorstellung resp. Wirklichkeit und Phantasie gehen zum Teil ineinander über. Als weiteres und wichtiges Charakteristikum der Primitivologie bezeichnet MOELLER (1974, S. 62) die Affektprojektion. Für den Naturmenschen ist die ganze Welt um ihn herum von Kräften und Dämonen beseelt, die man erzürnen, versöhnen oder harmonisieren kann. Allerdings ist dann auch das Zaubersong, welches der Mediziner "appliziert", nicht nur Wunschbild resp. erwünschte Realität, sondern es ist identisch mit der Wirklichkeit, es ist Wirklichkeit. Magische Praktiken, bei denen Musik, Tanz und Heilgesang eine wichtige Rolle spielen, sind bei Primitivgesellschaften Afrikas noch im Gebrauch (vgl. BERENDES 1963, S. 249-254) und im Musikleben der Appachen sind Krankengesänge nachweisbar, die als durch übernatürliche Kräfte gelernt gelten (RAMSEYER 1970, S. 62).

Musik ist ausser- resp. übermenschliche, dämonische und transzendente Macht oder wirksame mikrokosmische Manifestation makrokosmischer Harmonie. Diese kosmologische Anschauungen sind besonders deutlich und vielfältig in den frühen Hochkulturen des Vorderen Orients. Für den alten Orientalen ist Musik Lebensmacht, eine ungreifbare, unfassbare und trotzdem sich gestaltende Welt. Die Eingliederung des Menschen in die Welt, auch in die geltenden Ordnungen erfolgt immer unter Musik, da

diese als Manifestation der Ordnung des Weltalls empfunden wird. Zwischen musikalischer und welterhaltender Ordnung bestehen magische Zusammenhänge. MAAG (1961, S. 562) erwähnt im babylonischen Schöpfungs- resp. Menschenmythos "Enuma elisch" (I, 24) die erste Tat der welterschaffenden Götter: die Inkantation eines magischen Gesanges.

PODOLSKY (1954 a, S. 3) beruft sich auf ägyptische Papyri, welche aussagen, dass damals Priesterärzte Beschwörungsmusik verwendet haben, um die Fruchtbarkeit von Frauen zu beeinflussen. Im weiteren beschreibt er den Klang der Laute im alten Persien als heilsam für verschiedene Krankheiten; er hebt hervor, dass auch dort Musik als Ausdruck eines "guten Prinzips" verstanden worden ist (PODOLSKY, loc. cit. ibid.).

Eines der berühmtesten und am häufigsten zitierten Beispiele für die magische Heilwirkung der Musik stammt aus Palästina: die Heilung König Sauls durch das Harfenspiel Davids (Zürcher Bibel 1954, I. Sam. 16, 14-23).

MAAG (1961, S. 562) formuliert, dass Musik heilende Wirkung habe, wo das Akosmische, das Chaosseitige, Finstere über einen Menschen Macht gewinnen will. Weil Musik selber lebensseitig, kosmosseitig ist, muss Saul in gemütskranken Stunden Musik um sich haben.

In den Ueberlieferungen und Quellen des alten Aegypten, Persien, Israel und der frühen griechischen Antike - ca. 1000 v. Chr. - wird die Heilwirkung der Musik von einer magisch-mythischen Bewusstseinsstufe her verstanden (vgl. STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 17). Dem gegenüber entsprechen nach MOELLER (1974, S. 63) die Vorstellungen der Pythagoreer (um ca. 500 v. Chr.) bereits eher einer rationalen Wissenschaftlichkeit. Natur ist hier ein durch die Prinzipien Harmonie und Zahl geordneter Kosmos und ausgehend von Pythagoras' Entdeckung der "lautquantitativen Beziehung der Intervalle" (SIMON 1973, S. 87) gilt Musik wegen der zugrundeliegenden Elemente von Harmonie und Zahl als das umfassende therapeutische Prinzip (BOEHM 1958, S. 132-151) zur Wiederherstellung der Harmonie im Menschen und zur Schaffung

psychophysischer Proportioniertheit (MOELLER 1974, S. 70). Musik wird ausdrücklich als psychohygienisches und therapeutisches Medium propagiert.

Gemäss dieser (pythagoreischen) Anschauung ist Harmonie das primäre Kriterium jeglicher Ordnung und erst durch Harmonie wird die Welt zu einem proportionierten Kosmos, der durch das Gesetz der Zahl determiniert ist. Es ist das Vermögen der Musik, psychophysische Proportioniertheit zu schaffen; Musik wirkt also allopathisch, indem sie "seelische Unordnung" durch Harmonie und Struktur in den Zustand natürlicher Ordnung setzt.

ARISTOXENOS - während des 4. vorchristlichen Jahrhunderts lebend - formuliert ein musiktherapeutisches Prinzip gemäss der typisch pythagoreischen Anschauung, dass' die Musik kraft der ihr innewohnenden Ordnung und Ausgeglichenheit die Seele in den entgegengesetzten Zustand bringt, d.h., sie beruhigt' (ARISTOXENOS: 'Melik und Rhythmik', fr. 91, dt. Ausg. R. von Westphal 1883).

Hierin zeigen sich bereits gewisse Parallelen und Ähnlichkeiten zur späteren musiktherapeutischen Schule PONTVIKS (1948, 1955, 1962). Dieser befasst sich in seiner ersten, 1948 publizierten Arbeit besonders mit dem Phänomen Musik als Manifestation eines urtümlichen, ja geradezu archetypischen Ordnungsprinzips (PONTVIK 1948, S. 43; S. 46).

Die Musikauffassung PLATONS (427-372 v. Chr.) ist partiell von der Ethoslehre Damons geprägt. Platon weist der Musik eine psychotherapeutische Aufgabe zu und für ihn ist Heilen nichts anderes als "die Förderung des Strebens der Natur zur Wiederherstellung der Harmonie, deren Grundlage die Idee des vollkommenen Menschen ist" (PLATON: 'Timaios' 47 d; III, 130. Dt. Uebers. Heidelberg 1960).

PLATON hält - entsprechend der Ideenlehre - Musik für das Mittel der Wahl zur Erziehung der Seele, so wie Gymnastik den Leib erziehe (vgl. MOELLER 1974, S. 82). Allerdings betont PLATON die Idee der ganzheitlichen Harmonie, wenn er betont, dass Therapie den Ausgleich (der vier Elemente des Körpers)

bewirke, die Seelenteile in Einklang bringen und schliesslich die Harmonie von Leib und Seele erreichen solle (PLATON: Timaios 88 a; III, 186. Dt. Uebers. Heidelberg 1960; vgl. dazu auch MOELLER 1974, S. 79).

Diese Thesen machen aber ebenso deutlich, dass die differenzierte, individuell-sinnliche Wahrnehmung von Musik als Untersuchungsgegenstand vernachlässigt wird (SCHAEFER 1976, S. 5).

Beachtenswert sind die Anschauungen von ARISTOTELES. Für ihn sind Einwirkungen der Musik auf die Seele unleugbar. Seine Thesen sind noch um vieles differenzierter als diejenigen seiner obenerwähnten Vorgänger.

Nicht mehr die Musik insgesamt als Ausdruck harmonischer Zahlenverhältnisse hat harmonisierende Wirkung auf den Menschen, sondern einzelne musikalische Faktoren haben spezifische Effekte gemäss ihrer sinnlichen Ausdruckscharakteristika. Die Proportionenlehre tritt in den Hintergrund und wesentlich werden die Sinneswahrnehmungen des Menschen, die die speziellen Elemente des Musikgeschehens betreffen. Musik ist 'mimesis' bestimmter Seelenregungen und ruft ihrerseits wieder entsprechende Seelenregungen hervor aufgrund einer Verwandtschaft der Seele mit den musikalischen Elementen Rhythmus und Harmonie (vgl. MOELLER 1974, a, S. 8).

Zweck der Musik sind für ARISTOTELES die Erziehung (paidaia), die 'Reinigung' resp. Läuterung (katharsis) und die geistvolle Lebensgestaltung (diagogé), was PLATON bekanntlich noch ablehnt hat.

Offensichtlich verwendet ARISTOTELES Erfahrungsgut aus den griechischen Mysterienkulten zur Modellbildung seiner Musikpsychologie und -therapie. Er nimmt speziell Bezug auf das Geschehen in den Kybele- und Dionysoskulten, wenn er bestimmten musikalischen Faktoren, Tonarten und Rhythmen spezifische Wirkungen auf die leib-seelische Ganzheit des Menschen zuschreibt (vgl. dazu MOELLER 1974, S. 89/90).

Aus diesen Beobachtungen resultiert für ARISTOTELES z.B. die Tatsache, '.... dass diejenigen, die vom Affekt des Enthusiasmus, der rauschhaften Verzückung ergriffen werden, gerade durch die Weisen, die im Kultischen zur Hervorrufung dieses psychischen Zustandes benützt werden, also durch enthusiastische Weisen, in isopathischer Weise vom orgiastischen Taumel befreit und geheilt werden können' (ARISTOTELES: 'Politik', VIII, Kap. 7, 1342 b; zit. n.d.dt. Ausg. Tsouypoulos, Hamburg 1960).

Eine Behandlung vollzieht sich auf isopathischer Ebene, wobei ein krankmachender Affekt durch denselben Affekt - in seiner Steigerung bis zur Erschöpfung - geheilt wird (SCHAEFER 1976, S. 5).

Diese Beobachtung von ARISTOTELES ist für die heutige Musiktherapie noch immer von grosser Bedeutung und die Parallelen zwischen den isopathischen Konzepten des ARISTOTELES und dem neuzeitlichen sogenannten Iso-Prinzip sind offenkundig. (Dieses Iso-Prinzip besagt, dass der therapeutische Effekt umso grösser ist, je stärker für den Patienten resp. Hörer die subjektiv erlebte Kongruenz zwischen dargebotener Musik und eigener Stimmungslage ist (näheres dazu siehe BENENZON 1973, S.164/165; SCHINDLER 1973, S. 114; WILLMS 1975 c, u.a. S. 64).

Für die Stoiker ist das "Pneuma" das zentrale Lebensprinzip. Als Krankheit gelten Affekte, die sich als Verkrampfung oder Ausdehnung manifestieren (STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 18). Affekte gelten in der stoischen Philosophie als Krankheit, weil sie den 'Logos-Teil' der Seele im richtigen Urteil stören und somit wider die Natur arbeiten (vgl. dazu MOELLER 1974, S. 97). Musik ist für die Stoiker affektregulierendes und -kontrollierendes Therapeutikum.

So empfiehlt z.B. Diogenes von Seleukia für besondere Begebenheiten im menschlichen Leben - zum Beispiel Hochzeit oder Trauer - die zu diesen Situationen im Affektausdruck passende Musik (vgl. dazu MOELLER 1974, S. 98).

In der Spätantike findet eine Umorientierung statt: man be-
sinnt sich wieder auf pythagoreisch-platonische Konzepte
(STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 18 verwenden den Terminus 'Musik-
philosophischer Mystizismus'; vgl. dazu auch Simon 1975,
S. 135-142).

Claudius PTOLEMAIOS (2. Jhdt. n. Chr.) transformiert in seiner
'Harmonielehre' pythagoreisches Gedankengut. Er sieht in der
musikalischen Konsonanz und Dissonanz Parallelphänomene zu
Tugend und Wohlergehen einerseits und Uebel oder Störung an-
dererseits. Er geht sogar soweit, dass er bestimmten musikali-
schen Intervallen spezifische Seelenteile und -kräfte zuordnet
(PTOLEMAIOS: 'Harmonielehre', p. 97; zit. n. dt. Uebers. Düring,
1930).

GALEN, einer der letzten überragenden Aerzte des Altertums,
überliefert in seinen Werken im wesentlichen Gedankengut des
'Corpus Hippocraticum' und damit die Prinzipien der Humoral-
pathologie. Er geht vom Beispiel des jammernden Säuglings aus,
den die Amme mit Wiegenliedern tröstet und einschläfert und
er schliesst daraus, dass sich der Mensch spontan zur Musik
hingezogen fühlt (zit. n. MOELLER 1974, S. 105).

Der um 500 n. Chr. lebende BOETHIUS - von MOELLER (1974, S. 111)
als Vermittler antiken Erbes auf das Mittelalter bezeichnet -
hebt in seiner Musikanschauung die zahlenmässige Proportio-
niertheit der Musik als wesentlich hervor. Er spricht dem
musikalischen Klang das sinnlich-gefühlshafte Moment weitge-
hend ab und gemäss seiner Auffassung werden nicht Klänge oder
Harmonien wahrgenommen, sondern die zugrunde liegenden Zahlen-
verhältnisse; der 'Rezeptor' ist nach BOETHIUS unsere Ratio
(vgl. dazu MOELLER 1974, S. 111/112; BOETHIUS, dt. Uebers.
Paul, 1872).

AUGUSTINUS wiederum ist überzeugt, '.... dass alle Affekte
unserer Seele, ihrer Verschiedenheit entsprechend, eigene
Weisen in Stimme und Gesang haben, durch deren geheimnisvolle
Verwandschaft sie hervorgerufen werden' (MOELLER 1974, S. 116/
117).

Auch er ist der Auffassung, dass die "vollgültige Erkenntnis der Musik" sich nur dem Verstand erschliesst.

Im früheren und späteren Mittelalter findet eine grundlegende Auseinandersetzung christlichen Gedankenguts mit der spätantiken Musiktheorie statt. Die frühen christlichen Kirchenväter sehen die starke psychische Wirkung und den heilsamen Einfluss der Musik zweifellos, doch gewinnt diese Musik ihre Legitimation nur insofern, als sie mit der christlichen Heilslehre vereinbar ist. Für die Kirchenväter soll Musik im Menschen andachtsvolle Stimmungen erwecken und der Seele überirdische, göttliche Schau ermöglichen. Rein musikalischer Genuss, der die weltliche Musik kennzeichnet, gilt als Sünde, als 'Wohllust des Gemütes' (MOELLER 1974, S. 118).

So gilt denn auch zunächst die asketische Strenge der musikalischen Ausdrucksmittel im Sinne der frühen Gregorianik als Ideal. Musik ist hier also nicht mehr nur diesseitige Manifestation jenseitiger (kosmosseitiger) Harmonie impersonellen Charakters, sondern vielmehr Manifestation der Harmonie zwischen Mensch und Gott, Manifestation der Uebereinstimmung des menschlichen Lebens mit dem Willen Gottes (CASSIODORUS: 'De musica', *Scriptores ecclesiastici*, 1784; vgl. dazu auch MOELLER 1974, S. 118).

Die Kirchenlehrer interessieren sich im Laufe der Zeit umso mehr für die Frage nach der Kraft und der Wirksamkeit der Musik, je mehr die kirchliche Musik - nach anfänglich asketischer Strenge (vgl. Monodie) - reichere Formen entwickelt (z.B. Antiphonie und Responsorium).

Noch Johannes CHRYSOSTOMOS (4. Jhdt. n. Chr.) spricht von Musik, welche die Seele "vom Irdischen" befreie und ihr Liebe zur Weisheit eingebe. Er äussert sich zu Unzüchtigem und Masslosem in weltlichen Liedern, wogegen nach seiner Auffassung aus geistlichen Psalmen höchster Gewinn fliesst (CHRYSOSTOMOS: *Expositio in psalmum XLI*, Kap. I).

Daneben wird aber bereits auf spezifische Wirkfaktoren der (Psalmen-)Musik hingewiesen; CHRYSOSTOMOS erwähnt Kinder, die - durch das Vorsingen von Liedern - an der Mutterbrust zur Ruhe gebracht werden und auch PROKLUS (5. Jhdt. n. Chr.) weist wieder deutlicher auf das 'psychotherapeutisch'-kathartische Wirken der Musik hin, erwähnt hierbei aber erneut den Psalmengesang an erster Stelle als Therapeuticum. Dieser soll - laut PROKLUS - '.... Mutlosigkeit beseitigen, Schmerzen lindern, Leidenschaften beschwichtigen, Klagen besänftigen, Sorgen verscheuchen, in Trübsal trösten, Sünder zur Busse veranlassen, die Seele zur Frömmigkeit erwecken, Dämonen bannen' (PROKLUS: Patrologia graeca, Bd. 65, ed. Migne, 1857; vgl. dazu auch MOELLER 1974, S. 120).

BEDA (ca. 13. Jhdt.) beschreibt, wie Musik verschiedene Stimmungen hervorzubringen vermöge, Gemütsstörungen beseitige, Kopfschmerz und Trübsinn verscheuche und unreine Geister, üble Laune und Schläffheit vertreibe (BEDA: De musica quadrata; Patrologia latina, 1878 ff. Vgl. dazu auch MOELLER 1974, S. 120). Thomas von AQUIN (13. Jhdt.) weiss von Musik zu berichten, welche von den Heiligen in ihren Andachtsübungen aufgenommen wird; von Musik, durch die die Traurigen gestärkt werden und die Geistesgestörten Erleichterung finden (Th. v. AQUIN: de arte musica; vgl. dazu MOELLER 1974, loc. cit.).

Praktisch für das ganze Mittelalter bedeutet Heil mehr als körperliche Gesundheit und seelische Ausgeglichenheit; auch geordnete religiöse Beziehungen gehören dazu.

Diese drei Aspekte gehören zusammen gemäss der mittelalterlichen Vorstellung von Gesundheit und Krankheit. Die Krankheits-theorie dieser Zeit kennt neben der körperlichen und seelischen Aetiologie auch eine religiöse im Sinne der Sündenstrafentheorie und wer wirklich heilen will, muss diesen drei Momenten gleichermassen Rechnung tragen (MOELLER 1974, S. 120).

In der Folge wird das kosmologische und theologische Gedanken-gut in der Musikanschauung noch bis ins 15. und 16. Jahrhundert hinein bewahrt und zum Teil noch weiter ausgebaut.

Johannes TINCTORIS geht auf metaphysische Zusammenhänge im Sinne der musikalischen Kosmologie kaum noch ein und hält in der Frage der psychotherapeutischen Wirkung von Musik an der Tradition fest und beruft sich dabei auf die Aerzte Asklepiades, Galen und Avicenna (TINCTORIS: *Complexus effectuum musices*, Kap. 14, cit. in: MOELLER 1974, S. 124/125).

In der Renaissance tritt die Sündenstrafentheorie etwas in den Hintergrund, wogegen humoralpathologisches Gedankengut und medizinische Astrologie sich etablieren (vgl. STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 19).

Cornelius Heinrich Agrippa von NETTERSHEIM sieht die musikalische Harmonie in engstem Zusammenhang und Zusammenspiel mit der kosmischen Harmonie. In seiner "occulta philosophia II" erklärt er: '.... auch der musikalischen Harmonie mangelt es nicht an Einflüssen der Gestirne, denn sie ist die vorzügliche Nachahmerin von allem. Richtet sie sich zu gegebener Zeit nach den Himmelskörpern, so ruft sie auf wunderbare Weise himmlische Wirkungen hervor und ändert bei den Zuhörern Gemütsstimmung, Gesinnung, Gebärden, Bewegung sowie ihre Handlungen und Sitten und reisst sie plötzlich zu dem, was sie gerade ausdrückt'. (NETTERSHEIM: 'De occulta philosophia II', 1510, dt. Ausg. 1921; vgl. dazu auch SIMON 1975, S. 138).

In Musik und Medizin ist Harmonie gleich definiert: Harmonie als richtige Beziehung zwischen antagonistischen Elementen und Kräften. Deshalb hält im 16. Jhdt. Gioseffo ZARLINO Musikkenntnis bei Medizinern für unerlässlich zur Erkenntnis von Proportion und Rhythmus im weitesten Sinne, denn noch immer gilt der Mensch als dem Makrokosmos ähnlich, er ist gewissermassen das mikrokosmische Abbild makrokosmischer Gegebenheiten und Gesetzmässigkeiten (MOELLER 1974, S. 131). ZARLINO gibt eine Reihe von heilenden Wirkungen der Musik an wie z.B. Schmerzlinderung, Wiederherstellung des Gehörs, Heilung des Wahnsinns, Verjagung der Pest etc. (ZARLINO 1558; Faks.-Neudruck 1905).

Nach ZARLINO ist das Vorherrschen einer von insgesamt vier Qualitäten (heiss, kalt, feucht, trocken) verantwortlich für

eine Disharmonie oder Störung. Das Affektleben wird als grundlegend und wichtig erkannt und so empfiehlt ZARLINO Musik auch zum Ausgleich des Affektlebens (MOELLER 1974, S. 132).

Besonders zahlreich sind die Berichte jener Zeit über Behandlungen von melancholischen Zuständen mit Musik. Besonders erwähnenswert in diesem Zusammenhang ist Robert BURTONS 'Anatomy of Melancholy' aus dem Jahre 1621 (vgl. dazu auch STAROBINSKI 1968).

Die Medizin der Aufklärung ist stark beeinflusst von den mechanistischen Erklärungsversuchen René DESCARTES'. Die biologischen Funktionen werden mit Bewegungsvorgängen '.... in den festen und flüssigen Teilen' erklärt (DESCARTES 1649; Neudruck 1955). Nach Descartes entstehen Leidenschaften und Seelenregungen durch Bewegungen der Zirbeldrüse über die 'spiritus' (Körpersäfte), welche eine körperliche Aktion bzw. Reaktion auslösen.

Die cartesianischen Gedankengänge sind die zentrale Grundlage für die sich entwickelnde iatromechanische Krankheitslehre, die Erkenntnisse der zeitgenössischen Physik auf die Medizin zu übertragen versucht (vgl. dazu MOELLER 1974, S. 134).

Die Entdeckung des Blutkreislaufs stützt die Hypothese, dass sich alle Vorgänge des Lebens in physikalische und chemische Gesetze fassen lassen (SCHAEFER 1976, S. 6).

Mit der Ablösung der musikalischen Kosmologie durch die Hinwendung zu den sinnlichen Ausdrucksqualitäten der Musik wird eine neue Richtung der Musikanschauung eingeschlagen. (STROBEL und HUPPMANN 1978, S. 20 sowie SIMON 1973, S. 88 sprechen in diesem Zusammenhang von der Entstehung einer neuen musiktherapeutischen Richtung, der Iatromusik).

Das Zentrum der neuen Musikanschauung ist die Affektenlehre; die 'Lebensgeister' (spiritus), Vermittler zwischen Körper und Seele, sind durch Musik beeinflussbar, und zwar in Richtung der Expansion, der Beschleunigung oder aber in Richtung der Kontraktion, der Verlangsamung (KIRCHER 1684; vgl. dazu auch

MOELLER 1974, S. 136/137). In seiner 'Musurgia Universalis' von 1650 erklärt KIRCHER die Wirkung der Musik mit dem mechanistischen Konzept der Luftschwingungsübertragung auf die in Blut gelösten spiritus.

Ein Hauptvertreter der neuen Musikanschauung, Johann MATTHESON, sieht in weiten Tonintervallen die musikalische Repräsentanz von Freude, Bewegung und Expansion, in engen und engsten Intervallen jedoch diejenige von Trauer oder Bedrückung. In ähnlicher Weise sind die schnellen und langsamen Tempi Repräsentanten von Bewegung und Exzitation einerseits und von Ruhe und Beruhigung andererseits. Die These, wonach bestimmte Tempi zu erregen oder zu beruhigen vermögen, beruht unter anderem auch auf Beobachtungen MATTHESONS und hat sich in neueren empirischen Experimenten im 20. Jahrhundert als richtig erwiesen (MATTHESON 1739, u.a. S. 14 ff.).

In der Folge nehmen die mechanistischen Deutungen zur Musikwirkung immer deutlicher Gestalt an, und die Mediziner stürzen sich mit Feuereifer auf diese neuen Theorien. Seit dem 18. Jahrhundert existieren zahlreiche medizinische Monographien über die Wirkungen der Musik auf Gesunde und Kranke.

QUINCY (1709), ALBRECHT (1734), BRENDL (1706) und NICOLAI (1745) beschreiben die Heilsamkeit der Musik nach der nun geltenden Anschauung in der Wiederherstellung eines 'normalen' Spannungszustandes der Nervenfasern durch Schwingungsübertragung und die bekanntesten Hypothesen jener Zeit bezeichnen die akustischen Schwingungen als 'musikalische Lufterschütterungen, die Veränderungen in der Zirkulation der Körpersäfte und Vibrationen in den Nerven bewirken' (vgl. dazu QUINCY 1709).

Ausführlich und zahlreich sind die Schilderungen von Tarantismustherapien jener Zeit (vgl. dazu KIRCHER 1684; BAGLIVI 1704), nachdem sich schon einiges früher - im Jahre 1492 - der venetianische Arzt ARDOINI zum selben Themenkomplex geäußert hat (ARDOINI 1492).

Der von der Tarantel gebissene Mensch ist nach geltender Lehre darum mit Musik und Tanz zu behandeln, weil durch das Spinnengift

eine Koagulation des Blutes eingetreten ist und die 'spiritus', die Körpersäfte, in ihrer Bewegung gehemmt sind. Akustische und mechanische Erschütterungen (d.h. Einwirkungen durch Musik und Tanz) sollen also die Zirkulation des Blutes und der spiritus und somit die körperlich-seelische Gesundheit wiederherstellen (BAGLIVI 1704, S. 597).

Ende des 18. Jahrhunderts und anfangs 19. Jahrhundert zeichnet sich eine grundlegende Umorientierung ab: die romantische Medizin wendet sich von der mechanistischen Anschauung der Aufklärung wieder ab (vgl. STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 20); sie wird massgeblich beeinflusst von der animistischen Lehre Ernst Georg STAHLs, welche ihrerseits deutlich von der Leibnitz'schen Monadenlehre geprägt ist (danach setzt sich die Welt und der Mensch aus atomähnlichen beseelten Elementen, den Monaden zusammen). Allerdings sieht STAHL als zentrales, lebenswichtiges Agens im Menschen eine 'anima', die alles Vitale reguliert und in Harmonie hält. Er negiert die Bedeutung der Untersuchungen, welche sich mit den Prozessen der Nervenleitung befassen (MOELLER 1974, S. 147) und für ihn sind Geistes- und Gemütskrankheiten Folgeerscheinungen der in der Ordnung ihres Wirkens gehemmten anima, der sich fremdartige Motive aufdrängen (loc. cit. ibid.).

Musikerleben und -rezipieren lassen sich gemäss STAHLs Lehre nicht auf rein mechanische Wirkungsweisen reduzieren; es gibt eine 'Lebenskraft', die an der Musikwirkung beteiligt ist, sich aber nicht empirisch fassen lässt (SCHAEFER 1976, S. 7).

Für die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts sind die Anschauungen des Sensualismus ausschlaggebend (der Sensualismus hält die sinnliche Wahrnehmung für den entscheidenden Moderator resp. Auslöser zur Entwicklung von Ideen).

Geistes- und Gemütskrankheiten werden von der französischen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts als Krankheiten des sinnlich-reizbaren Seins aufgefasst. Jean Etienne-Dominique ESQUIROL betont diesen Aspekt und äussert sich dahingehend, dass z.B. die 'Monomanie' eine Krankheit der sinnlichen Erregbarkeit sei, ausschliesslich auf Emotionen beruhe und dass ihr Studium

deshalb eng mit dem Studium der Leidenschaften verbunden werden müsse (ESQUIROL 1938; vgl. auch MOELLER 1974, S. 148).

ESQUIROL versucht Musik in seiner Klinik therapeutisch einzusetzen, indem er einmal wöchentlich seinen Patienten Musik vorspielt resp. vorspielen lässt, allerdings mit bescheidenem Erfolg: die Patienten sind von der Musik berührt, aber langdauernde therapeutische Erfolge bleiben aus (vgl. dazu SCHAEFER 1976, S. 8).

Gegenüber der Musiktherapie ist ESQUIROL jedoch bereits kritischer eingestellt: er äussert sich in seinem 1838 erschienenen Werk über Geisteskrankheiten, '.... dass er Musik oft angewandt aber selten einen glücklichen Erfolg von diesem Mittel erhalten habe' (ESQUIROL 1838, dt. Uebers. Bern 1968, S. 131); er räumt aber dennoch ein, '.... dass Musik - besonders bei Rekonvaleszenten - ein vorzügliches Mittel sei und - so unbestimmt die Prinzipien seiner Anwendung und so ungewiss seine Wirksamkeit auch sein möge - nicht vernachlässigt werden dürfe (loc. cit. ibid.).

Aus dem Spannungsfeld mechanistische Schulmedizin - animistische Konzepte kristallisiert sich gegen Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts der Vitalismus heraus. Die Notwendigkeit naturwissenschaftlicher Forschung innerhalb der Medizin wird erkannt, daneben wird aber deutlich darauf hingewiesen, dass nicht alle Lebensäusserungen (wie z.B. Sensibilität und Irritabilität) rein mechanistisch verstanden werden können (MOELLER 1974, S. 149).

Der Engländer William CULLEN spricht in diesem Zusammenhang von einer allgemeinen 'Nervenkraft'; sein Schüler John BROWN bezeichnet diese Nervenkraft als Ursache aller Lebensphänomene und nennt sie 'Erregbarkeit'. Ihr mittlerer Grad bedeutet Gesundheit, Abweichung davon gilt als Krankheit (MOELLER 1974, S. 149). Alle Krankheiten und Leiden beruhen - nach der nun geltenden Auffassung - auf einer Art Missverhältnis zwischen Reizintensität und Erregbarkeit. Die 'Manie' wird als durch zu starke Reize oder zu grosse Reizbeantwortungstendenz verursachte

'sthenische' Krankheit gedeutet (wogegen nach den eben skizzierten Ueberlegungen die Melancholie eine 'asthenische' Krankheit ist).

Eine Therapie muss sich also um den Reizausgleich bemühen: bei asthenischen Krankheiten und Störungen gibt man Reizmittel, bei sthenischen sedierende Mittel (vgl. dazu MOELLER 1974, S. 149).

Die Musikpsychologie der Romantik stellt allerdings die Frage nach der Wirkungsweise der Musik nicht mehr. Man beobachtet zwar Reiz und Reaktion, Zusammenhänge werden gesehen, aber das Geheimnis, das 'wie' der Wirkungsweise kann und soll nicht näher erklärt werden. Jean-Jacques ROUSSEAU spricht in seinem 'essai sur l'origine des langues' (1753, Kap. 14) von Musik, die nachahme (Melodie der menschlichen Stimme), die ausdrücke (Klagen oder Drohungen) und die imitiere (Sprachakzente und Affektwendungen in jeder Mundart bei bestimmten Seelenregungen). Er verweist aber nachdrücklich darauf, dass Musik nicht nur nachahme, sondern '.... sich selber spreche' und '.... dass ihre unartikulierte, aber lebhafteste Diktion hundertmal mehr Kraft habe als das gesprochene Wort' (loc. cit. ibid.).

Daraus wird verständlich, dass für den Arzt der Romantik Musik in der Frage der therapeutischen Verwendbarkeit affektproduzierendes Agens und sensorisches Reizmittel ist.

Körperliche Effekte beim Musikrezipieren entstehen nach geltender Auffassung nur indirekt als Folge der psychischen Beeinflussung (vgl. MOELLER 1974, S. 151) und therapeutische Relevanz von Musik wird mehr und mehr nur noch im Zusammenhang mit psychischen und psychogenen Leiden erwähnt.

Ab ca. 1800 tritt plötzlich ein weiterer Aspekt - neuerdings - in den Vordergrund: wohl ist Therapie noch symptomzentriert, aber der kommunikative Aspekt im musiktherapeutischen Geschehen wird immer deutlicher erkannt. J.M. COX erkennt die Wichtigkeit der Relation von dargebotenem Reizmittel (in unserem Falle Musik) und aktueller Verfassung des Patienten und weist

in seinen kasuistischen Berichten auf diesen kommunikativen Aspekt hin (COX 1804, S. 39).

P.J. SCHNEIDER setzt sich ebenfalls für die Musik als Therapeuticum ein, da sie wie kein anderes Mittel den verschiedenartigen Stimmungen des Gemütes angepasst werden könne. Auch empfiehlt er nachdrücklich, genau zu beobachten, '.... welche Art von Musik den Kranken vorzüglich ergreift' (und weiter) '.... bei dem nächsten Besuche das Gespräch darauf hinzuleiten, wo dann nicht selten der Kranke dem Heilarzte mit besonderer Wärme und Offenheit entgegenkommt' (SCHNEIDER 1824, S. 571).

Im Jahre 1838 äussert sich LEVINSTEIN im 'Medizinischen Almanach' zum Problem der Sprache der Musik bzw. deren Verständlichkeit: '.... der Närrischgewordene, für den Worte keinen Sinn (mehr) haben, versteht die Sprache der Musik noch' (LEVINSTEIN 1838, S. 77).

Neben vielen anderen äussert sich auch der Nachfolger ESQUIROLS, F. LEURET, zur Musiktherapie und gibt sogar als erster seit längerer Zeit wieder Hinweise auf die aktive (d.h. vom Patienten auszuübende) Form der Musiktherapie (LEURET 1840, S. 296), weist aber sehr sachlich auf die Wichtigkeit weiterer gesundheitsfördernder Faktoren hin wie speziell die Wiederaufnahme früherer (beruflicher) Tätigkeit (loc. cit. ibid.).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wird es etwas stiller um die Musiktherapie. Die neuen Publikationen weisen der Musik allenfalls noch die Rolle der Beschäftigungstherapie zu (vgl. dazu STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 21 u.).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts entsteht unter dem Einfluss des Positivismus eine naturwissenschaftliche Psychologie und in den anthropologischen Disziplinen Medizin und Psychologie zeichnet sich ein Trend ab, physische und psychische Elementarvorgänge experimentell zu erforschen.

Kennzeichnend für die physiologisch-psychologische Forschung ist das Streben nach quantifizierender Analyse psychischer Vorgänge.

Ausgehend vom Ansatz des Parallelismus psychischer und physischer Vorgänge hält es die Experimentalpsychologie für gerechtfertigt, Messungen vegetativer Reaktionen als (quantitative) Aussage über psychisches Erleben zu werten und als Parameter werden die reizabhängigen Veränderungen von Atemfrequenz; Pulsfrequenz, Blutdruck, Muskeltonus und psychogalvanischem Reflex sowie von Sauerstoffverbrauch und Schweisssekretion (im 20. Jahrhundert auch von EKG und EEG) registriert (MOELLER 1974, S. 55; BERENDES 1963, S. 249-254).

Dieser Ansatz ist zum Teil bis heute erhalten geblieben. Ausgangspunkt in diesen Experimenten ist nach SCHAEFER (1976, S. 8) nicht der Mensch, sondern eine bestimmte Art von Musik bzw. Teilelemente von Musik.

Ein ganzheitliches Verständnis, eine Metatheorie des Menschen und menschlichen Existierens fehlt weitgehend, woran die einseitige, objektivitätsidealisierende wissenschaftliche Entwicklung nicht unwesentlich beteiligt ist.

Nach MOELLER (1971, S. 53) wird das Leib-Seele-Problem mit der Parallelitäts- bzw. Identitätstheorie beantwortet gemäss dem Ansatz: Körperliches und Seelisches verlaufen parallel zueinander aber nach jeweils eigenen Gesetzmässigkeiten. Daraus ergibt sich auch die Rechtfertigung für Wilhelm WUNDT, physische bzw. physiologische Vorgänge als Ausdruck psychischer Ereignisse zu messen, verstreute Ansätze empirischer, psychophysiologischer Forschung zusammenzufassen und so den Umfang einer neuen Psychologie zu bestimmen.

Der Parallelismus als Modellvorstellung findet in der Folge sowohl auf dem Gebiet zentralnervöser Vorgänge als auch auf dem der Wahrnehmung Anwendung (vgl. dazu BINET/COURTIER 1895; DOGIEL 1880; FECHNER 1860; WUNDT 1908-1911) und ist auch für die Erforschung der Wirkungsweise von Musik auf den Menschen von massgebender Bedeutung (vgl. dazu HELMHOLTZ 1863).

Kritische Ansätze zum Problem des psycho-physischen Parallelismus sind in dieser Zeit selten zu finden und setzen sich auch kaum durch (wir verweisen hierbei auf SPAULDING 1900).

Die Aera der empirischen Grundlagenforschung bezüglich Musikwirkung beginnt also mit der Untersuchung der Wirkung von musikalischen Einzelreizen (Konsonanzen, Dissonanzen, Sequenzen, Kadenzformen etc.); MENTZ (1895) wertet Puls- und Atemkurven von Versuchspersonen aus und stellt bei Applikation eines (musikalischen) Einzelreizes eine Verlängerung von Puls und Atem fest. Er deutet die Veränderungen der beschriebenen vegetativen Parameter als Ausdruck eines Lustgefühls (vgl. dazu MOELLER 1971, S. 53; SCHAEFER 1976, S. 8/9), Pulsbeschleunigung und Atemverkürzung dagegen als Zeichen resp. Indices eines Unlustgefühls (op. cit. ibid.).

Problematisch an diesen oben beschriebenen (und auch späteren) Experimenten ist wohl die Tatsache, dass gemessene physiologische Reaktionen zumeist nicht wirklich (nur) als quantitative Aussage über psychisches Erleben gewertet werden, sondern dass sich die Interpretationen bis zum 'Wie' des Musik- resp. Reizerlebens erstrecken, wofür die MENTZ'schen Schlussfolgerungen (MENTZ 1895) deutliches Zeugnis ablegen.

Auch im 20. Jahrhundert werden die Untersuchungen über die Wirkung von Musik fortgesetzt, wobei oft nicht mehr musikalisch-akustische Einzelreize (und ihre vegetativen Reaktionen), sondern ganze Passagen resp. Musikstücke auf ihre psycho-physische Wirkungsweise hin untersucht werden.

Speziell in Amerika zeichnet sich die Tendenz ab, für fokale und enger umschriebene Indikationen entsprechende Therapeutica, in unserem Falle spezifische Arten von Musik zu finden (vgl. dazu STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 22; SOIBELMAN 1948, S. 63-102).

2. EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUR WIRKUNG VON MUSIK UND AKUSTISCHEN REIZEN

2.1. PHYSIOLOGISCHE ASPEKTE

Die Entwicklung der anthropologischen Disziplinen Psychologie und Medizin im 20. Jahrhundert kann nicht losgelöst vom historischen Hintergrund betrachtet werden.

Es wurde in einem ersten Teil dieser Arbeit der Versuch unternommen, auf musiktherapeutische Modellbildung vor je kultur- und zeitspezifischem Hintergrund hinzuweisen. Es wurde festgestellt, dass die Anfänge einer naturwissenschaftlichen respektive physiologischen Psychologie im 19. Jahrhundert zu suchen sind. Kennzeichnend für die physiologisch-psychologische Forschung jener Zeit sind das Streben nach quantifizierender Analyse psychischer Vorgänge und die Versuche, physiologische Prozesse als Ausdruck psychischer Ereignisse zu messen und zu interpretieren (vgl. dazu S. 19-21 der vorliegenden Arbeit).

2.1.1. Erste grundlegende empirische Untersuchungen

DOGIEL beschreibt bereits 1880 physiologische Auswirkungen bei Rezeption von Musik: Veränderung von Atmung, Blutdruck, Herzfrequenz und Muskeltonus. MENTZ (1895) wertet Puls- und Atemkurven von Probanden aus und stellt bei Applikation eines (musikalischen) Einzelreizes eine Verlängerung von Puls und Atmung fest. Er deutet die beschriebenen Veränderungen als Ausdruck eines Lustgefühls, Pulsbeschleunigung und Atemverkürzung dagegen als Indices eines Unlustgefühls. BINET und COURTIER (1895) beobachteten eine Verminderung von Pulsamplituden beim Ertönen eines Gongs.

Es muss festgehalten werden, dass zunächst akustisch-musikalische Einzelreize und nicht komplexe Strukturen respektive Tonfolgen auf ihre physiologische Wirkungsweise hin untersucht werden.

Auf die Problematik der kurz erwähnten Untersuchungen ist an anderer Stelle bereits hingewiesen worden (S. 21 dieser Arbeit).

Ausgehend vom Ansatz des psycho-physischen Parallelismus werden beobachtete und gemessene physiologische Reaktionen oft nicht nur als quantitative Aussage über psychisches Erleben gewertet, sondern die Deutungen erstrecken sich bis zur Artung, bis zum 'wie' inneren, d.h. bewusst psychischen Erlebens.

Zusammenfassungen früher Versuche finden sich bei DISERENS (1926), der auf den kontroversen Charakter einiger Untersuchungsergebnisse hinweist (op. cit., S. 154) sowie bei SOIBELMAN (1948).

Seit Beginn des 20. Jahrhunderts folgen weitere Experimente zum Problem musikabhängiger physiologischer Reaktion. Wir verweisen hierbei auf STROBEL/HUPPMANN 1978 (S. 29, Fussnote 2).

Wie die Arbeit von MENTZ (1895) eigentlich erstmals deutlich macht, besteht je länger desto mehr die Tendenz, 'innere Erlebnissvorgänge an physiologischen respektive vegetativen Reaktionen erkennen zu wollen. So versucht beispielsweise M.L. PHARES (1934), den emotionellen Gehalt der Musik mit physiologischen Methoden zu messen und zu erfassen. Die Versuche laufen darauf hinaus, unter Umständen eine Beziehung zwischen dem psychogalvanischen Hautreflex und bestimmter Art von Musik zu finden. Allerdings findet man keine deutliche Relation zwischen dem psychogalvanischen Reflex und dem Stimmungsgehalt der Musik. Einzig zwischen der Intensität der Gefühlsbetonung beim Hörer und der Grösse des psychogalvanischen Reflexes findet sich eine positive Korrelation.

Die Resultate erfahren durch eine spätere Arbeit eine gewisse Relativierung; eine Untersuchung DREHERS (1947) zeigt, dass die Veränderung der galvanischen Hautreaktion beim Hören von Musik auch mit der musikalischen Vorbildung des Probanden im Zusammenhang steht.

2.1.2. Neuere Untersuchungen unter Berücksichtigung musikin- härenter Variablen

SUTERMEISTER (1951 a), der frühere Untersuchungen überblickt, erklärt Veränderungen einiger physiologischer Parameter durch Schwankungen der vegetativen Tonuslage. Erregung, aber teilweise auch Unlust erzeuge einen Sympathikusausschlag, Beruhigung und Lust jedoch viel eher einen Parasympathikusausschlag. In seiner Zusammenfassung früherer Untersuchungen von MENTZ, GUIBAUD u.a. geht SUTERMEISTER (1951 a) auf verschiedene musikin- härente Variablen ein (Tongeschlecht, Konsonanz respektive Dissonanz). Dur und Dissonanz sollen angeblich den Blutdruck erhöhen und Atem- und Pulsfrequenz steigern, wogegen Moll und Konsonanz den gegen- teiligen Effekt hätten.

1954 kommt WEIHS in einer Arbeit - wo er Untersuchungen früherer Experimentatoren bestätigt - zum Schluss, dass Gehörreize die vegetative Tonuslage beeinflussen. Er spricht von trophotrop gestimmter Musik, die ein vagusgesteuertes Zustandsbild hervor- rufe und von ergotrop gestimmter Musik, die sympathische Funk- tionsmechanismen in Gang setze.

Kennzeichen von trophotrop gestimmter (= beruhigender) Musik seien sanftes Fliessen der Melodie, Vorherrschen des Legatos, harmonische Bewegung und eine schwebende, nicht akzentuierte Rhythmik. Ergotrop gestimmte Musik hingegen sei gekennzeichnet durch betonte und hervorgehobene Rhythmik, sowie durch Verlauf der Tonlinie innerhalb grösserer Höhenspannen.

FRAISSE und Mitarbeiter (1953) berichten, dass rezipierte Rhyth- men beim Hörer Klopfbewegungen auszulösen imstande sind. Unter Zuhilfenahme der Elektromyographie glauben sie aussagen zu kön- nen, dass eine allfällig anregende Wirkung von Musik in der Eindringlichkeit einfacher rhythmischer Strukturen begründet liege.

KNEUTGEN (1974) äussert sich zu einer speziellen Art von beru- higender Musik. Nach seiner Beobachtung bestehen zwischen

Schlaf- respektive Wiegenliedern der verschiedensten Kulturen auffallende Aehnlichkeiten: Kennzeichnend sind langsames Tempo, geringe Lautstärke, weiche und dunkle Klangfarben, kleine Intervalle, ruhige jedoch regelmässig gebaute Melodie und regelmässiger Rhythmus ohne Synkopen. Solche Wiegenlieder führen nach SCHINDLER (1973, S. 112) zu einer vagotonen Umstimmung, die der Schlafsituation förderlich ist (vgl. zu diesem Themenkomplex auch: LAST und KNEUTGEN 1970; LAST 1973 a und b).

HARRER (1970, 1975 a und b) erwähnt im Zusammenhang mit dargebotener Musik ein Puls- und Atem-Driving, ein Mitgehen der Puls- und Atemfrequenz mit den dargebotenen Rhythmen.

Nach BAERTSCHI-ROCHAIX (1973) kommt es bei "minderleistungsfähigen Gehirnen" unter Applikation akustischer Reize zu einem Mitgehen der Hirnrhythmen der zuvor flachen, alphaarmen *) Kurven (op. cit., S. 96).

Im Zusammenhang mit der gebräuchlichen Terminologie in der Elektroencephalographie verweisen wir auf HESS 1969, spez. S. 11-23.

SCHINDLER hingegen folgert aus elektromyographischen Untersuchungen, dass es beim Hören von Musik generell zu einer unterschwelligen Innervation der Skelettmuskulatur komme. Für ihn wird klar, dass der musikalische Anruf nach Antwort verlange (SCHINDLER 1973, S. 113).

*) Vermutlich meint der Autor damit Hirnstromkurven von allgemein niedriger Amplitude und mit einem prozentual geringen Frequenzanteil aus dem sogenannten Alphaband von ca. 8-12 Hertz.

2.1.3. Untersuchungen unter Berücksichtigung subjektabhängiger Variablen

Wie SCHAEFER (1976, S. 10) - sicher mit Berechtigung - feststellt, kann die momentane Wirkung eines Musikstückes auf den Menschen nicht von dessen gesamtem Erlebnishintergrund und seiner Persönlichkeitsstruktur losgelöst betrachtet werden. Vorerfahrungen und auftretende Assoziationen verändern - so SCHAEFER - das Messergebnis so stark, dass die Hoffnung auf eine Art Musik-Pharmakologie hoffentlich bald einmal als Illusion erkannt wird.

In einigen Untersuchungen wird zumindest versucht, diese (hörerbedingten) intervenierenden Variablen zu berücksichtigen.

WALL (in: SUTERMEISTER 1951 a, S. 310) äussert sich zur Abhängigkeit der vegetativen Ausgangstonuslage von der Konstitution.

TRAENKLE (1958) untersucht in elektromyographischen Experimenten den reflektorischen Muskeltonus in Funktion applizierter akustischer Reize. Er interpretiert immerhin vorsichtig, wenn er Schwankungen des Muskeltonus nicht nur der Art der dargebotenen Musik, sondern in einem gewissen Sinne auch den psychischen Unterschieden der Versuchspersonen zuschreibt. Er erwähnt in diesem Zusammenhang die "Neigung zur Musik", Erwartungshaltung, Aufnahmefähigkeit und -bereitschaft.

Nach TRAENKLE (op. cit.) muss jegliches Erleben zur Wahrung eines inneren, "psycho-physischen" Gleichgewichtes verarbeitet werden. Das Erlebnis eines bestimmten Gefühls respektive einer Assoziation kommt in einem messbaren körperlichen Vorgang zum Ausdruck. Den Aussagen des Autors zufolge widerspiegelt die muskuläre Spannung fortlaufend den Zustand des Bewusstseins beziehungsweise einer subjektiven Gefühlslage (TRAENKLE 1958, S. 54).

Einzelne Töne haben - auch ohne in ein melodisch-rhythmisches Ganzes eingegliedert zu sein - einen Einfluss auf den Muskelspannungszustand, wobei besonders hohe Töne (die ja bekanntlich

oft als störend respektive unangenehm empfunden werden) diesbezüglich den deutlicheren Effekt haben.

Etwas vereinfacht kann die folgende Feststellung gemacht werden: Irgend ein sensorischer (also z.B. akustischer) Input, aber auch ein auftauchendes Gefühl oder ein Gedanke genügt, um den Organismus entsprechende 'muskuläre Vorkehrungen' treffen zu lassen.

TRAENKLE räumt allerdings ein, dass seine Feststellung auch Gültigkeit hat für Gefühlserlebnisse, die beim Musikhören auftreten oder unter Umständen dadurch wieder geweckt werden.

DESTUNIS und SEEBANDT (1958) weisen in ihrer Arbeit ebenfalls darauf hin, dass beruhigende Musik eine sympathikolytische Wirkung habe, wogegen erregende Musik eine sympathikotrope Wirkung habe. Sie untersuchen eine Reihe zwischenhirngesteuerter Funktionen auf ihre eventuelle Veränderung. Die deutlichste Änderung zeigt der systolische Blutdruck, wogegen der diastolische Blutdruck meistens unverändert bleibt. Der Kohlenhydratstoffwechsel soll unter beruhigender Musik - mindestens bei erwachsenen Versuchspersonen - eher herabgesetzt werden. Die Autoren führen uneindeutige respektive paradoxe vegetative Reaktionen auf extreme vegetative Ausgangslagen zurück.

STOKVIS untersucht 1958 Blutdruck, Pulsfrequenz, Blutfüllungszustand der Extremitäten und Schweissdrüsensekretion als vegetative Ausdrucksmöglichkeit des Affektgeschehens. Er geht davon aus, dass die geeignete Ausgangslage durch ein Gespräch mit der Versuchsperson über bestimmte Begebenheiten in ihrem Leben geschaffen werden kann. Seiner Ansicht nach zeigt es sich, dass die erlebnismässige Verarbeitung mit gewissen vegetativen Vorgängen einher geht, wobei sich psychosomatisch erkrankte von psychosomatisch nicht erkrankten beziehungsweise sensitive von nicht sensitiven Versuchspersonen unterscheiden. Allfällige vegetative Veränderungen sind nach STOKVIS (1958) in ihrer Art und Gestaltung in jedem Falle mit der Persönlichkeitsstruktur der Versuchsperson auf das engste verknüpft.

2.1.4. Zusammenfassung

Nach HESSE (1974, S. 166) können gemessene vegetative Reaktionen grundsätzlich nur auf die Intensität, nicht dagegen auf den Inhalt des ablaufenden Erlebnisvorganges hinweisen.

KOHLER (1971) verbindet in einer exakten Untersuchung die Methode der polygraphischen Aufzeichnung vegetativer Reaktionen mit derjenigen der (psychologischen) Fragebogenuntersuchung und kommt zum Schluss, dass vegetative Parameter zwar Auskunft über die Intensität des aktuell ablaufenden Erlebnisvorganges geben, dass die Korrelationen hinsichtlich qualitativer Dimensionen des Musikerlebens jedoch undurchsichtig bleiben.

Die kurze Abhandlung über empirische Untersuchungen erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es werden einige Arbeiten kurz skizziert, um Methodik und Stand der physiologischen Experimente zu umreißen.

In Beschränkung auf den physiologischen Aspekt darf festgestellt werden, dass Musik die vegetativen Funktionen durchaus in gewisser Weise steuern und gelegentlich zu einer Harmonisierung der vegetativen Funktionen führen kann.

Herztätigkeit, Blutdruck, galvanischer Hautreflex, Atmung und das Elektroencephalogramm geben mit Sicherheit Aufschluss über eine allfällige - auch emotionale - Aktivierung; es entzieht sich jedoch unserer Kenntnis, inwiefern es sich bei einer (beobachteten) Aktivierung oder Entspannung um ein innersubjektiv angenehmes oder unangenehmes Erleben handelt. Wir sind nicht in der Lage, aufgrund gemessener vegetativer Reaktionen eine Aussage über den emotionalen Gehalt eines aktuellen Musikerlebnisses zu machen.

In diesem Zusammenhang stimmen wir STROBEL/HUPPMANN (1978) zu, welche darauf hinweisen, dass die naturwissenschaftliche Erforschung der Musikwirkung (.....) im Hinblick auf eine anzustrebende ganzheitliche Erfassung des Menschen immer unzulänglich bleibt. (op. cit., S. 28).

2.1.5. Bedeutung und Konsequenzen für die Musiktherapie

Musik 'markiert' sich immer im Vegetativen und sie löst auch immer vegetative Reaktionen aus. Dies wird in den kurz skizzierten Untersuchungen deutlich. In einer fast krass erscheinenden kurzen These darf festgehalten werden, dass es Musik mit sympathikolytischer oder sympathikotroper Wirkung tatsächlich gibt.

Das vorwissenschaftlich-intuitive Wissen um das erregende oder beruhigende Agens 'Musik' ist - wie im ersten Teil der vorliegenden Arbeit gezeigt wurde - allerdings Jahrtausende alt und bedurfte (in dieser Grundsätzlichkeit) nicht notwendigerweise der naturwissenschaftlichen Verifizierung.

So wird zum Beispiel das Wissen von Millionen von Müttern um die erstaunliche Wirkung von sogenannten Schlaf- und Wiegenliedern nicht wegdiskutiert oder als Täuschung bezeichnet werden können.

LAST und KNEUTGEN (1970) weisen explizit darauf hin, dass die durch geeignete musikalische Reize herbeigeführte Art des Schlafes mit dem "physiologischen" Schlaf völlig identisch sei.

BAERTSCHI-ROCHAIX (1973), der vom 'Driving' von Alphawellen bei minderleistungsfähigen Gehirnen (Arteriosklerose im Senium) berichtet, sieht in diesem Procedere eine Möglichkeit zur therapeutischen Nutzung; Patienten fühlen sich gemäss den Angaben des Autors nach diesen Driving-Versuchen frischer und erholt(er *).

Eine gewisse Bestätigung erfahren die Ausführungen SCHINDLERS (1973). Elektromyographischen Untersuchungen zufolge soll es

*) Nähere Angaben zum Thema 'Driving' sind zu finden in: Desbiolles, Ch.: Musiktherapie als kommunikative Psychotherapie (spez. 'Naturwissenschaftliche Beiträge'); unveröffentlichte Lizentiatsarbeit. Psycholog. Institut Universität Zürich, 1975, S. 61-65.

beim Hören von Musik zu unterschwelliger Innervation der Skelettmuskulatur kommen.

BIRKMAYER (1970) geht davon aus, dass es Relationen zwischen Psyche und Muskeltonus gibt und er betont, dass diese Relationen einer uralten, archaischen Erfahrung entsprechen. Für ihn stellt das retikuläre System (des Hirnstammes) ein integrales Regelkreissystem dar, dessen Funktionieren eine wesentliche Voraussetzung für alle Adaptationsleistungen sowohl der Lebewesen im Urwald wie des Menschen in der modernen Sozietät sei.

Eine Stimulierung dieser Formatio reticularis durch sensible und sensorische Afferenzen bewirkt eine allgemeine arousal reaction, die ihrerseits Bewusstseinsvigilität, Affektivität, Vegetativum und Muskeltonus in gleicher Weise stimuliert. Die Stimulierung von Muskeln und Muskelgruppen (über das sogenannte Gamma-System) sei nun als spinale arousal reaction definiert, welche beispielsweise in elektromyographischen Ableitungen beobachtet bzw. festgehalten werden kann.

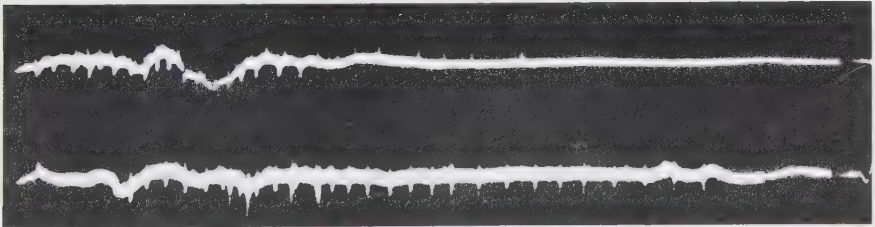


Abb. 1: Im EMG sichtbar gemachte spinale arousal reaction nach einem akustischen Stimulus.

aus: CIBA AG (Hrsg.): Entspannung; Symposiumsbericht, Basel 1970;
(mit freundlicher Genehmigung von CIBA-GEIGY Basel)

- 1) Vgl. dazu auch die Ausführungen von TRAENKLE 1958, wie unter Kap. 2.1.3. dieser Arbeit näher beschrieben.
- 2) Im Zusammenhang mit dem Bau und der Bedeutung der Formatio reticularis verweisen wir auf:
BIRKMAYER/PILLERI, 1965; HESS, W.R., 1948.
- 3) Zum Problem der 'allgemeinen arousal reaction' siehe:
MORUZZI, G; MAGOUN, H.W., 1949.

Als mögliche sensorische und stimulierende Inputs nennt BIRKMAYER z.B. allgemein akustische Reize, aufmunternde Zurufe des Publikums bei einem Boxkampf oder den Applaus für einen Sänger (BIRKMAYER, op. cit., S. 31).

Nach BIRKMAYER erschöpft sich diese muskuläre Aktivität (als Folge eines akustischen Reizes) bald. Die physiologisch-vegetative Reaktion der Aktivitätssteigerung - im EMG verdeutlicht - legt allerdings die Vermutung nahe, dass eine Antwort, eine Reaktion des Individuums im "mikro-muskulären" Bereich vorliege und quasi zur "makro-muskulären" Entladung bzw. zum motorischen Ausdruck dränge (vgl. dazu SCHINDLER 1973, S. 113; TRAENKLE 1958; FRAISSE et al. 1953).

Hieraus wird - mit einigem Recht - die Folgerung abgeleitet, Spannung, Assoziation oder Gefühlslage müsse in Bewegung umgesetzt werden können (man denke etwa an die Bewegungs- und Tanztherapie 1); in diesem Kontext verweisen wir auf STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 86-91).

Ohne grossen Exkurs sei an dieser Stelle noch die Gestaltkreistheorie v. WEIZSAECKERS (1973) erwähnt. Im Gestaltkreis sind Wahrnehmung und Bewegung ineinander verknüpft und bilden eine Einheit. "Insofern ein Lebewesen durch seine Bewegung und Wahrnehmung sich in seine Umwelt einordnet, sind diese Bewegung und Wahrnehmung eine Einheit - ein biologischer Akt. Jeder Akt kann auch als Wiederherstellung oder Neuschaffung einer gestörten Ordnung aufgefasst werden" (op. cit., S. 291).

Zum Schluss sei uns noch erlaubt, auf die gezielte Anwendung von Musik und musikalischen Reizen in Industrie und Handel resp. Verkauf unseres Jahrhunderts hinzuweisen 2).

-
- 1) Eine geraffte und übersichtliche Darstellung findet man auch in:
WILLKE, E.: Tanz - Erfahrung jenseits der Sprache. In: Psychologie heute, H. 7, Beltz Weinheim-Basel 1978, S. 15-25.
 - 2) Wir beziehen uns im besonderen auf:
Schweizer Fernsehen DRS: Sendung "Und ewig rieselt Musik", 12.11.1979.

Wie wohl jedermannbekannt sein dürfte, bedient man sich seit einiger Zeit in Fabrikationshallen, Werkstätten und Montageabteilungen, ja sogar in Supermärkten und Modeboutiquen der Musik mit ganz konkreter aber zum Teil schwer durchschaubarer bis fast geheimer Zielsetzung.

So soll z.B. bei Arbeitern die Langeweile eingeschränkt oder gar vertrieben werden, in Montagewerken teilweise eine Produktionssteigerung bewirkt werden. Gelegentlich setzt man in die applizierte Musik auch die - nicht ganz uneigennützige - Hoffnung, sie möge beim Arbeitenden die allgemeine Wachsamkeit erhöhen (allg. arousal reaction!) und so unter anderem die Unfallgefahr an Förderbändern oder Stanzmaschinen herabsetzen. Dabei wird überwiegend mit speziell arrangierter und instrumentierter Musik, sogenannte "Funktioneller Musik" gearbeitet, indem in Viertelstunden-Einheiten von ruhig-langsam zu intermittierend-rhythmischer Musik übergegangen wird (sog. progressive Stimulation!).

Es erstaunt nicht sehr, dass eine allfällige Rechtfertigung für eine im oben skizzierten Fall allgegenwärtige "Musikberieselung" oftmals auf schwachen und problematischen Füßen steht. Es mag auf den ersten Blick verständlich erscheinen, dass sich eine Warenhausdirektion sogenannte aktivierender Musik bedient, um bei den Kassenangestellten Müdigkeit zu vertreiben oder herabzusetzen. Wie jedoch immer wieder in Erfahrung gebracht werden kann, werden Ermüdungserscheinungen allerdings nicht aufgehoben, sondern bestenfalls etwas hinausgezögert *). (Wir denken hierbei an eventuell erhöhte Unfallfrequenzen aufgrund der plötzlich einsetzenden Ermüdung nach Arbeitsschluss!)

*) Persönliche Mitteilungen verschiedener Berufstätiger aus Discount-Geschäften und Warenhäusern an den Verfasser.

2.2. PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE

2.2.1. Emotional-affektive und assoziative Wirkung der Musik

SCHOEN und GATEWOOD (1927 a) weisen nach einer grossangelegten Untersuchung darauf hin, dass Musik bei den Hörern Stimmungsänderungen hervorzurufen imstande sei und dass darüber hinaus diese Stimmungsänderungen auch in hohem Masse uniform seien.

Auch wird der Versuch unternommen, eine Rangordnung betreffend Häufigkeit der beim Zuhören ausgelösten Emotionsqualitäten aufzustellen (SCHOEN und GATEWOOD, 1927 b, S. 153). Ähnlich äussern sich auch WASHBURN und DICKINSON (1927).

SIEGENTHALER (1973) hält fest, dass durch die Empfindung von Musik Gefühle geweckt und Affekte ausgelöst würden.

Gedankliche Assoziationen auf Musik sind eine vielbeobachtete Tatsache; sie scheinen auch nicht vollkommen willkürlich aufzutreten (vgl. dazu auch KLEINEN 1968, 1975). Solche gedanklichen Assoziationen scheinen im übrigen jedoch wenig vorherbestimmbar zu sein.

2.2.2. Musik und Hörer

KNEUTGEN (1973) erwähnt die Bedeutung der Reaktionsbereitschaft des Musikrezipienten. Er bezeichnet diese Reaktionsbereitschaft als Filter zwischen Reiz und Reaktion.

Veränderungen - durch Pharmaka beim Perzipienten hervorgerufen - modifizieren offensichtlich die Wahrnehmung. PIHKENEN und KANKO (1962) äussern sich dahingehend, dass nach Alkoholgenuß Tonhöhen- und Rhythmusperzeption sowie das tonale Gedächtnis verändert seien.

2.2.3. Wiederholte Darbietung

Es steht unterdessen hinlänglich fest, dass unter wiederholter Darbietung von Musik eine Einstellungsänderung oder eine Aenderung der affektiven 'Besetzung' eintritt.

Eines der ersten Experimente zu diesem Themenkomplex stammt von DOWNEY und KNAPP (1927). Nach Aeusserungen der Versuchspersonen soll der affektive Wert der wiederholt dargebotenen Musikstücke stetig zugenommen haben. Eine neuere Untersuchung (BRADLEY 1971) zeigt, dass nach mehreren Wiederholungen sowohl tonale, polytonale, atonale als auch elektronische Musik signifikant mehr Gefallen findet.

2.2.4. Polaritätenprofile zur Beurteilung erlebter Qualitäten

Die eigentlich einzig vertretbare Möglichkeit zur Durchführung und Bewertung individueller Hörexperimente stellt unseres Erachtens die Methode des Polaritätenprofils dar.

Wir gehen mit SCHAEFER (1976, S. 10) einig, dass Einzelangaben verschiedener Erlebnisqualitäten auf Grundqualitäten reduziert werden können und dass sich mittels Faktorenanalyse daraus die für den jeweiligen Menschen den Musikstücken innewohnenden Charakteristika (Potenz, Erregung, Valenz) ermitteln lassen (vgl. dazu auch REINECKE 1971; BOETTCHER 1971).

Weiterhin unklar bleibt jedoch die Frage, inwiefern auf diesem Wege gewonnene Resultate allgemein nutzbar gemacht werden könnten.

3. MUSIK ALS AUSDRUCK MENSCHLICHEN SEINS

3.1. MUSIK ALS MENSCHLICHE 'NOTWENDIGKEIT'

Nach JENNE (1977, S. 13) gehört Musik zu den ältesten Elementen menschlicher Kultur, informeller Erziehungs- und Enkulturationsprozesse sowie institutionalisierter, formaler Bildung.

Auch MAAG (1961, S. 559) äussert sich - bezugnehmend auf den Alten Orient - dahingehend, dass Musik alle Lebensäusserungen durchdringt, und dass Vieles, was als gesprochenes Wort oder als Gedicht überliefert ist, in Wirklichkeit Gesang gewesen sein muss (MAAG 1961, S. 558).

ZUCKERKANDL (1963) ist überzeugt davon, dass Menschen zu keiner Zeit ihres Daseins ohne Musik gewesen seien.

SCHAEFER (1976, S. 2) sieht Musik als einen Teil des sozialen Lebens und stellt fest, dass sie ein Ausdrucksmittel für menschliche Bedürfnisse sei (op. cit., S. 3).

VOLEK (1971) betrachtet musikalische Aktivität als zu den Grundbedürfnissen des Menschen gehörend und schlägt vor, den Menschen - als Spezies - auch durch seine musikalische Aktivität zu definieren.

PICHT (1972, S. 36) geht davon aus, dass es in der uns bekannten Geschichte keine Gesellschaft ohne Musik gibt; es sei deshalb in hohem Masse unwahrscheinlich, dass eine Gesellschaft ohne Musik humanbiologisch möglich sei.

In einer Abhandlung über musiksoziologische Grundfragen bezeichnet KNEIF das 'Wie' des Musizierens als gesellschaftlich bedingt, die Tatsache musikalischer Betätigung hingegen als "gattungscharakteristischen, anthropologischen Sachverhalt" (KNEIF in: DAHLHAUS 1971, S. 175 f.).

GASTON (1968 b) befasst sich mit dem Verhältnis des Menschen zur Musik und bezeichnet Musik als eine Form menschlichen

Verhaltens. Er argumentiert unter anderem mit der Gefahr sensorischer Deprivation vieler Individuen und schliesst daraus, dass sie der Musik bedürften (op. cit., S. 7-29).

Ausgangspunkt ist vielerorts - so auch bei JENNE (1977, S. 14) - die Feststellung, dass Musik sich in primitiven Kulturen ebenso wie Sprache, Bildzeichen oder Formgestaltung in einem unmittelbaren Bezug auf praktisches, existentielles Handeln entwickelt hat. Es wird auf die Doppelfunktion der Musik hingewiesen: einerseits auf den (auf die praktische Handlung bezogenen) Gebrauchswert, nämlich die Uebermittlung von Signalen und andererseits auf die Möglichkeit des Ausdrucks von assoziativen Gedanken oder Empfindungen. JENNE hält die oben genannten Funktionen für die "erste Voraussetzung für Kommunikationssysteme" (JENNE, loc. cit. ibid.).

In ähnlicher Weise äussert sich KNEUTGEN (1974, S. 34): Musik könne ursprünglich nicht so funktionslos gewesen sein, wie sie heute vielfach erscheine. Die Bezeichnungen gewisser Liedformen wie z.B. Wiegenlied, Liebeslied, Kriegslied, Klagelied etc. sind für Kneutgen ein Hinweis darauf, dass es sich bei diesen Liedern nicht um zweckfreie "Betätigungen" handelt und gehandelt hat.

MAAG *) äussert sich vielerorts zur eigentlich kommunikativen Zweckgebundenheit der Musik bei Primitivkulturen, wogegen nach MICHELS (1977, S. 159) in den antiken Hochkulturen (immerhin) noch die kultische Gebundenheit der Musik deutlich ist.

*) Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf:

MAAG, V.: Religionsgeschichte 1. Teil (Primitivologie; Elemente der primitiven Anschauung/Mana der Musik); Theolog. Fakultät der Universität Zürich, Wintersemester 1970/71 (unveröffentlichtes Vorlesungsskriptum).

3.2. VERHALTENS BIOLOGISCHER EXKURS

KNEUTGEN (1974, S. 39) verlangt z.B. von der vergleichenden Verhaltensforschung, dass sie sich vermehrt als bisher um die bis anhin vernachlässigte Biologie der akustischen Auslöser kümmere, da vieles dafür spreche, dass es angeborene musikalische Muster gibt, die auf (angeborene) Reaktionsbereitschaften auslösend wirken.

Als eine Verhaltensmöglichkeit von Individuen wird die Stimmungsübertragung genannt (vgl. dazu TINBERGEN 1956) und auf Stimmungsübertragung beruht - gemäss KNEUTGEN (1974, S. 39) - die nichtsemantische akustische Kommunikation von den einfachsten tierischen Lautäusserungen bis zur menschlichen Musik.

Bestimmte Musikformen werden bevorzugt auf biologische Zusammenhänge untersucht, da bei ihnen eine spezifische Funktion besonders deutlich erscheint. Zu Wiegenliedern wird unter anderem festgestellt, dass sie akustische Signale sind, '.... die - über einen physiologischen Wirkungsmechanismus - Sicherheit und Geborgenheit in einer feindlichen Umwelt suggerieren, so zu Entspannung führen und die Schlafbereitschaft fördern' (KNEUTGEN 1970, S. 245).

Letztlich sind spezielle Musikformen (gemeint sind funktional gebundene Lieder oder Tonfolgen) nach KNEUTGEN (1974, S. 34) Verhaltensweisen, die dazu beitragen, biologische Bedürfnisse zu befriedigen, wenn auch in ritualisierter und damit scheinbar verselbständigter Form.

Die formelle Ritualisierung von im Dienste der intraspezifischen Kommunikation stehenden Verhaltensweisen ist vielerorts erkannt und untersucht worden (vgl. auch EIBL-EIBESFELDT 1967; LORENZ 1941, Sonderheft S. 194; LORENZ 1943, S. 235).

Wenn man Musik in all ihren Erscheinungsformen unter anderem als Resultante stammesgeschichtlicher Entwicklung definiert, dann muss diese Musik eine biologisch-anthropologisch beschreibbare Funktion haben. Nach KNEUTGEN (1973, S. 171) wurden im

Laufe der Stammesgeschichte keine funktionslosen komplizierten Bildungen selektiert. Komplexe und variationsreiche Lautäusserungen gewisser Vogelarten, verschiedenartigste und offenbar situations- und stimmungsspezifische Tongebilde von Säugetieren, Fischen und Reptilien sowie die menschliche Sprache und Musik sind zentrale stammesgeschichtliche 'Leistungen' und scheinen Signal- und Kommunikativ-Funktion zu haben.

Zu hochkomplizierten Vogelgesängen mit allen scheinbar zufälligen Nuancen wird in Funktionsanalysen ausgesagt, dass diese Gesänge im Dienst innerartlicher Verständigung stehen, eine individuelle Verständigung ermöglichen und darüber hinaus in sehr differenzierter Weise die Stimmung wiedergeben, in der sich das Individuum gerade befindet (KNEUTGEN 1974, S. 30; KNEUTGEN 1969, S. 24).

Unter diesem Gesichtspunkt ist es unzulässig, im Zusammenhang mit Laut- und Tonäusserungen bei Tieren und Menschen ein zweckfreies Spiel mit Tönen anzunehmen.

Experimente mit Tieren und die Analysen menschlicher Spiele (d.h. menschlichen Spielverhaltens) belegen nach KNEUTGEN (1970) ausreichend, dass es einen unspezifischen Betätigungsdrang nicht gibt und dass Verhaltensweisen im Spiel nicht nach Belieben abgewandelt werden.

Individuen scheinen also nicht darum zu spielen, weil sie gerade nichts anderes zu tun haben, sondern weil die aktuellen Umweltbedingungen rasche Bedürfnisbefriedigung gestatten. Im Spiel befreit sich ein Lebewesen vom Druck überschüssiger (d.h. bei der normalen Bedürfnisbefriedigung nicht aufgezehrter) Energien (LANGE 1901; vgl. auch KNEUTGEN 1974, S. 32).

Für KNEUTGEN finden sich deshalb - was das Problem der musikalischen Entwicklung betrifft - in den sog. 'Ueberflusgesellschaften' wie auch bei Naturvölkern ausgeprägte musikalische Formen, wogegen sich bei sog. 'Rückzugspopulationen', die ununterbrochen in hartem Existenzkampf leben müssen, alle spielerischen oder kulturellen Fähigkeiten zurückgebildet haben (KNEUTGEN 1974, S. 32).

Auch heute noch werden Musikstücke komponiert, die 'ausser-musikalische' Funktionen zu erfüllen haben und von musikethnologischer Seite her wird schon seit längerer Zeit darauf hingewiesen, dass in solchen funktionsspezifischen Musikstücken der Text keine oder bestenfalls eine untergeordnete Rolle spielt (KNEUTGEN 1974, S. 34; vgl. auch LACH 1925, S. 201; WALLASCHEK 1903).

Dem gegenüber ist nach JENNE (1977, S. 22/23) Musik dort, wo sie heute mit Sprache und Aktion kombiniert wird, zum Ornament, zum sinnlichen Füllmaterial oder zum "hidden persuader" umfunktionierte worden. Musik hat hier also allenfalls Begleitfunktion und ist nicht primäres kommunikatives Angebot, sondern "Unterlage" zu Bild, Sprache und Handlung: Man erinnere sich an das Untermalen von Filmhandlungen, Fernseh-Feuilletons und Werbetexten mit Musik (vgl. dazu auch MOLES 1968, S. 179-189; JENNE 1977, S. 22).

Auf die gemeinsame Wurzel resp. Urform von Sprache und Musik wird immer wieder hingewiesen (REVESZ 1972, S. 282 und 283; KNEUTGEN 1974, S. 36; JENNE 1977, S. 17/18). Die Beobachtung menschlicher Kommunikation in bestimmten Situationen lässt diese Hypothesen zumindest verständlich und plausibel erscheinen.

BIOCCA (1966) stellt zu Schimpfduellen von Indianern aus dem Amazonasdelta fest, dass sich das zunächst rein oratorische Schimpfen allmählich rhythmisiert und der Tonfall zur Sprachmelodie wird. Gleichzeitig kann die Beobachtung gemacht werden, dass der Sprachschatz, die Wahl der Beschimpfung immer stereotyper, der sprachliche Inhalt immer nichtssagender wird. Was am Schluss noch bleibt, ist ein rhythmischer, einfacher wenn auch lauter 'Gesang', der seine Wirkung jedoch keineswegs verfehlt.

Genau dasselbe kann auch in Auseinandersetzungen von Kindern auf Strassen und Kinderspielplätzen festgestellt werden: Anfänglich verständlicher, wenn auch gehässiger oder höhnischer Dialog und zum Schluss rhythmisch akzentuiertes, wortarmes Melodiegebilde.

Dieses Regredieren auf eine 'vorsprachliche, musikalische Kommunikationsstufe' (vgl. KNEUTGEN 1974, S. 36/37) ist nicht nur in aggressiv getönten Interaktionen resp. Begegnungen zu finden, sondern ebenso im Umgang eines Menschen mit einem zu beruhigenden Säugling. 'Gesprochen' wird in dieser Situation meist in einem kurzen, häufig wiederholten Satz (wobei man dem gesprochenen Text wohl eher suggestive als informative Wirkung attestiert). Merkmale dieser Sätze sind geringe Lautstärke, dunkle Klangfarbe, regelmässige Sprachmelodie in immer deutlicher werdendem Rhythmus (vgl. dazu KNEUTGEN 1974, S. 37). Auch in den üblichen Wiegenliedern scheint der Text eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Nach KNEUTGEN (1974, loc. cit.) wirken Texte so, als seien sie nicht des sprachlichen Inhaltes sondern des Klanges wegen gemacht.

Selbst die Kommunikation sexuell bzw. erotisch gestimmter Menschen wird in die Analyse miteinbezogen; für MOSES (1958, S. 159) kontrastiert in der Baby-Sprache der Liebenden markante Melodieführung gegen absichtlich vernachlässigte Linguistik.

KNEUTGEN (1974, loc. cit.) hält 'primär biologische Situationen, wo es um die Befriedigung biologischer Bedürfnisse geht', für besonders geeignet, um in die nichtrationale 'musikalische' Kommunikation zurückzufallen.

Aus dieser verhaltensbiologischer Sicht erscheint Musik als eine entwicklungsgeschichtlich emanzipierte menschliche Verhaltensform; als eine Form akustischer Mitteilung und als Ausdrucksmittel, welches Emotionen hervorruft.

3.3. GERAUSCH- UND TONLANDSCHAFT ALS UMFELD DES MENSCHEN

Ein zentrales Charakteristikum vitaler Präsenz respektive Existenz ist die je spezifische Erfahrung von Umwelt, von Aussenwelt.

Das Erfahren der sich zeigenden Umwelt ist Voraussetzung für Stellungnahme des Individuums zu dieser Umwelt und für Reaktion in Bezug auf diese Umwelt.

Unsere Sinnesorgane erlauben und ermöglichen uns die Erfahrung unserer Umwelt in äusserst vielgestaltiger und komplexer Art und Weise: Unsere vitale Präsenz erfahren wir, indem wir unsere Umwelt sehen, hören, riechen, durchschreiten oder ertasten. J.v. UEXKUELL (1933; Neuaufl. 1970) spricht davon, dass jeder Mensch in drei Räumen lebe (op. cit., S. 16). Er bezeichnet diese 3 Räume (man wäre fast geneigt, sie als Erlebnisraum zu definieren) als Wirkraum, Tastraum und Sehraum (op. cit., S. 16-25).

Nach UEXKUELL (1933) ist allen Organismen eine spezifische Eingezogenheit in ihre Welt eigen oder anders ausgedrückt: Organismen erfahren ihre Umwelt gemäss den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln und Sinnesorganen. USLAR (1972, S. 87) weist auf dieses selektive und perspektivische Welterleben und -erfassen hin und betont, dass der Horizont, in dem sich die Welt einem Organismus zeigt, von dessen organischer Struktur abhängig ist (op. cit., S. 88). Der 'Welthorizont' von Tier und Mensch ist also nur schon aus dieser Sicht weder identisch noch ähnlich, sondern grundlegend verschieden.

Allen lebenden Organismen ist nur gemeinsam, dass sie mit ihrer je eigenen Umwelt in artspezifischer Weise in Verbindung stehen; sie sehen, hören, riechen, durchschreiten und ertasten diese Umwelt.

Nun scheinen sich aber verschiedene perzeptive Funktionen sinnvoll zu ergänzen. Ein Raum kann durchschritten werden, genauso kann man ihn mit den Augen überblicken. Oftmals sind Räume und Umwelten aber so strukturiert und unterteilt, dass die visuelle Exploration nicht oder nicht restlos möglich ist und das Durchschreiten mühsam, gefährlich oder gar unratsam erscheint.

Gehör und Stimme sind bestens geeignet, um einerseits bestehende Informationslücken zu füllen und andererseits Signale in den

Raum auszusenden. KNEUTGEN (1974, S. 29) sieht den grossen Vorteil eines leistungsfähigen Gehörs darin, dass man mit seiner Hilfe "um die Ecke sehen" kann, während man mit Hilfe von Lautäusserungen "um die Ecke gesehen" werden kann; das umso besser und individueller, je differenzierter die Lautäusserungen sind und je feiner das Gehör arbeitet. Das aber muss bedeuten, dass für jedes Individuum, für jeden Organismus wohl eine tastbare, beschreibbare, sicht- und riechbare Umwelt existiert, ebenso aber eine tönende respektive akustische Umwelt.

In Anlehnung an die Begriffe J.v. UEXKUELLS (1933) wie Wirkraum, Tastraum und Sehraum denkt man spontan an die Einführung des Terminus Hörraum. Dies mag unter Umständen als Konstrukt erscheinen, doch ist unsere tönende Umgebung bereits Gegenstand ernsthafter Analysen (vgl. dazu SCHAFFER 1977).

Zur Bezeichnung unserer akustischen Umwelt soll nun - in Anlehnung an SCHAFFER (1977, S. 35) - der Ausdruck 'Tonlandschaft' verwendet werden. Damit soll verdeutlicht werden, dass der Raum nicht nur durch seine Dimensionen, seine sichtbaren Strukturen und durch Gerüche, sondern genau so durch seine Geräusche und Töne, durch Echo und Hall definiert ist.

Es macht den Anschein, als seien die in einem Raum vorhandenen Geräusche einem Zyklus von Aktivität und Ruhe unterworfen. Unterdessen ist auch hinlänglich bekannt, wie unangenehm, ja verheerend sich eine konstante Geräuschkulisse (im Sinne des sensory overloading) auf die menschliche Befindlichkeit, so z.B. das Schlafvermögen auswirkt, sofern man dieser 'Kulisse' nicht entfliehen kann *).

Geht man vom Beispiel ruhigerer, z.B. ländlicher Räume aus, dann wird besonders offenkundig, dass jeder Ton Informationswert besitzt. Fast unbewusst lernt man, solche informationsvermittelnde Zeichen zu decodieren und zu beachten.

*) Wir beziehen uns hierbei auf: HUBER-WEIDMANN, 1976, S. 18/19.

SCHAFER (op. cit.) hält nun die ländliche Tonlandschaft für besonders geeignet, um Einblicke in das System von Ton- resp. Geräuschzyklen zu erhalten.

Wenn ein einzelner Ton oder eine kurze tonale Abfolge informativ d.h. ein Signal sein soll, dann muss sich eben dieses Signal ausreichend vom permanent vorhandenen akustischen Geräusch, vom Hintergrund abheben und herausheben können. In dieser (akustisch nahezu idealen) Situation ist die Beziehung zwischen Signal und Geräusch günstig. Der bedeutende Unterschied zwischen ländlicher und städtischer Tonlandschaft ist damit bereits genannt. In der Stadt erreichen uns akustische Reize in ungeheurer Vehemenz und Intensität, so dass die entsprechende Tonlandschaft nur Nähe besitzt. Im Gegensatz dazu sind in der ländlichen, ruhigeren Tonlandschaft viele Reize aus der Ferne zu hören und es gibt weniger nahegelegene Geräuschkulissen, welche durch ihre Stärke den Informationsgehalt der fernerer Signale vermindern; die ruhigere Tonlandschaft hat also in einem gewissen Sinne Nähe und Ferne.

So beschreibt SCHAFER (op. cit.) ländliche Gegenden, wo verschiedene akustische Merkmale den Jahresablauf kennzeichnen (besonderes Geläute der Kirchenglocken, Hörner der Hirten, Geräusche freilebender Tiere etc.). Ohne Uebertreibung kann gesagt werden, dass jeder Moment und jedes Ereignis - neben anderen Merkmalen - auch durch akustische dokumentiert wird.

Das Hören auf Entfernung ist - gerade in ländlichen und wenig besiedelten Gegenden - von eminenter Wichtigkeit. Wind, der von verschiedenen Seiten her Geräusche in ein abgelegenes Dorf trägt, vermittelt damit oft nützliche, gelegentlich lebenswichtige Information: eine besondere Veränderung im akustischen Muster kündigt einen Wetterumschlag an oder das ferne aber hörbare Bellen eines Hundes lässt vermuten, dass sich in dessen unmittelbarer Umgebung etwas eventuell Entscheidendes verändert hat.

In der städtischen Tonlandschaft sind die akustischen Reize, die man hören möchte oder sollte, oft hinter bedeutungslosen

oder widersprechenden akustischen Informationen verborgen. Die Beziehung zwischen (informativem) Signal und (permanentem) Geräusch ist hier ungünstig. Damit ein Ton oder ein kurzer akustischer Reiz Signalcharakter hat und Aufmerksamkeit zu erregen vermag, muss er sehr laut und unter Umständen auch nachhaltig, d.h. lang anhaltend sein.

Man halte sich beispielsweise vor Augen, wie lange es geht, bis an einer stark befahrenen Strasse das warnende Klingeln eines Tramzuges oder das Schreien eines gestürzten Kindes wahrgenommen wird.

Nach SCHAFER (op. cit.) sind die lautesten und anhaltendsten Geräusche in der heutigen Welt jene der modernen Technik; es wird in diesem Zusammenhang nicht zu Unrecht von einer 'Verschandelung der Tonlandschaft' gesprochen. Diese verschandelte, diese "Low Fidelity"-Tonlandschaft (von SCHAFER 1977 selber so bezeichnet) zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass hier Kommunikation erschwert ist und dass Gehör und Nerven in gefährlichem Ausmass strapaziert werden. (Auch scheinen in städtischen Gebieten umweltbedingte Ein- und Durchschlafstörungen wesentlich häufiger zu sein; vgl. dazu HUBER-WEIDMANN 1976, S. 19 und JOVANOVIC 1974, der von Untersuchungen im Bundesstaat Florida/USA berichtet, wo ausgesagt wird, dass in umliegenden Dörfern 12 % aller Bewohner über Schlafstörungen klagen, wogegen es in grösseren Agglomerationen, d.h. Städten bis zu 44 % seien!)

Die Erforschung von natürlichen Tonlandschaften zeigt in aller Eindringlichkeit, dass besonders in dichter besiedelten Gegenden, in städtischen Tonlandschaften der Gesamtumfang an Geräuschen vermindert werden sollte, damit auch leise und entfernte akustische Signale wieder vernommen werden, damit akustische Information potentielle Perzipienten überhaupt erreicht.

Der Mensch ist heute praktisch an jedem Ort auf der Welt einer unfreiwilligen Rezeption von akustischen Reizen ausgesetzt. JENNE (1977, S. 21) äussert sich zu diesem Problem speziell in

Bezug auf unfreiwillige Konsumation von Musik, wobei wir allerdings glauben, dass diese Feststellung ganz allgemein, d.h. für jeden akustischen Reiz Gültigkeit hat. Indessen gibt es Anzeichen dafür, dass der Mensch sich bereits weitgehend an diese unfreiwillige, massive und persistierende Rezeption akustischer Reize gewöhnt hat. Damit soll nicht gesagt werden, er sei in jeder Hinsicht immun gegen die heutige akustische Reizüberflutung; aber es macht den Anschein, dass die meisten Menschen unserer Zivilisation das feine Gehör für leise und schwache auditive Reize nicht mehr haben, ja dass sie die "Energie", ganz genau und konzentriert hinzuhören, nicht mehr aufbringen.

Die täglich sich wiederholende Tragödie moderner Freizeitgestaltung junger Leute zeigt sich in vielleicht krassester Form im Besuch von Diskotheken, wo infolge des 'Musik-Bombardement' in gesundheitsschädigender Lautstärke keine Kommunikation mehr möglich ist; das Gespräch ergibt sich - wenn überhaupt - einige Stunden später auf der Strasse.

PAHLEN (1973, S. 14) bemerkt, dass im Laufe der jüngsten Jahrzehnte das Hören, das Hinhorchen-Können des Menschen in der Zivilisation immer mehr verkümmert sei und er führt (loc. cit. ibid.) PONTVIK an, der sich zur menschlichen 'Seelentaubheit' für die subtilen Dinge äussert und die Auffassung vertritt, der Mensch habe sich akustisch erschlagen.

Man wird diesen Feststellungen wohl zustimmen müssen, wenn man die Tonlandschaftsanalyse SCHAFERS (1977) weiterverfolgt.

Er weist auf die Musikkulissen in Warenhäusern hin, womit Konsumenten zu vermehrtem Geldausgeben angeregt werden sollen. Sogar in Geschäftshäusern in den USA sollen bisweilen Geräuschgeneratoren eingerichtet sein, die "white noise" (= weisses Rauschen) erzeugen. Es wird damit die Absicht verfolgt, den Büroangestellten Gespräche untereinander zu erschweren, damit sie für ihre Vorgesetzten mehr Briefe schreiben (SCHAFER, op. cit.).

Wenn also akustische Reize noch wirklich Signalcharakter haben sollen, dann ist dies nur noch auf dem Wege einer allgemeinen

Geräuschreduktion zu erreichen. SCHAFER spricht von einer Neugestaltung akustischer Strukturen, die nur eingeleitet werden kann, wenn wir lernen, dass es für jedes Geräusch einen Zeitpunkt gibt, in dem es erzeugt werden soll resp. kann; dass es aber auch einen Zeitpunkt gibt, wo dasselbe Geräusch nicht in die Welt passt und deshalb nicht produziert werden soll.

Es wurde festgehalten, dass vitales Welterleben unter anderem eine Resultante von vielschichtiger bzw. komplexer Perzeption ist und dass die verschiedenen Modalitäten sich sinnvoll ergänzen. Demnach wäre auch vermehrt darauf zu achten, dass alle Erfahrungsmodalitäten gleichermaßen an der Wahrnehmung unseres Welthorizontes beteiligt werden.

3.4. KOMMUNIKATION DURCH MUSIK ?

3.4.1. Überlegungen zur Genese des Kommunikationsmediums Musik

GILTAY (1958, S. 19) ist der Auffassung, dass Musik letztlich eine Sprache sei und er beruft sich auf HANSLICK, der Musik als eine Sprache definiert, die wir sprechen und verstehen, jedoch zu übersetzen nicht imstande sind (HANSLICK, Neudr. 1918; vgl. auch GILTAY 1958, S. 19).

REVESZ (1972, S. 282/283) geht in seiner Kontakttheorie davon aus, dass Musik und Sprache auf eine gemeinsame Urform zurückzuführen sind und er vertritt schlussendlich die Ansicht, dass Musik in ihrem Ursprung sehr eng mit dem Ruf resp. Zuruf zusammenhänge.

RACKER (1965) sieht im Schrei die phylogenetische Wurzel des gesungenen Tones und der Musik (vgl. dazu auch LACH 1913 und MOSONYI 1935).

Nach seiner Auffassung ist der Schrei Ausdruck von Schmerz, Aggression und Angst wie auch von Freude resp. Triumph. Die Umwandlung des Schreis in Töne wird als "revolutionärer Schritt" in der Entwicklung interpretiert. In dieser Umwandlung wird für

RACKER (1965) deutlich, wie der Mensch gelernt habe, instinktive Aeusserungen zu lenken. Ganz ähnlich argumentiert SCHOEN (zit. n. HAISCH 1953, S. 82): er versteht Musik als "civilizer of emotions".

An anderer Stelle ist auf die Untersuchungen von KNEUTGEN (1969, 1970, 1971, 1973, 1974, 1975) hingewiesen worden. Für KNEUTGEN ist es wahrscheinlich, dass Musik ursprünglich eine kommunikative Funktion hatte (1974, S. 34); diese Funktion ist auch heute nicht verloren gegangen, sondern ist allenfalls etwas verdeckt.

Musik ist eine Form akustischer Mitteilung, sie drückt Stimmungen aus und erzeugt Stimmungen (KNEUTGEN 1974, S. 34/35 und S. 39). Im "musikalischen Geschehen" vollzieht sich Stimmungsübertragung.

In den bereits bekannten Ausführungen JENNES (1977) wird davon ausgegangen, dass Musik sich in primitiven Kulturen ebenso wie Sprache, Bildzeichen oder Formgestaltung - in einem unmittelbaren Bezug auf praktisches, existentielles Handeln entwickelt hat (op. cit., S. 14).

Der auf praktische Handlung bezogene Gebrauchswert - die Uebermittlung von Signalen - einerseits und die Möglichkeit des Ausdrucks von assoziativen Empfindungen beziehungsweise Gedanken andererseits sind nach JENNE erste Voraussetzungen für Kommunikationssysteme (op. cit., S. 14/15).

Die Ausdrucksmittel sind nach DANIELOU (1975, S. 68) zunächst auf eine weitgehend analoge Symbolik beschränkt, also auf die Imitation von Naturlauten und Naturzeichen sowie auf Variationen resp. Ableitungen solcher Laute und Zeichen.

Die weitere Entwicklung sieht JENNE (loc. cit. ibid.) in der Ausgestaltung des - noch immer auf die Aktion bezogenen - Ritus. Ausdrucksmöglichkeiten werden synthetisch weiterentwickelt. Kommunikationssysteme verselbständigen sich, sie lösen sich aus dem System der Analog-Symbolik. Das bedeutet allerdings, dass die Allgemeinverständlichkeit dieser Kommunikationssysteme in Frage gestellt ist oder sogar endet und dass Sprache,

Zeichensystem und Musik sich je spezifisch innerhalb einer Gesellschaft entwickeln (vgl. dazu auch WATZLAWICK u.a., 1972, S. 63).

3.4.2. Analyse musikalischer Kommunikation

Musik ist als Kommunikationssystem bezeichnet worden (wir wollen Kommunikation ganz allgemein als beabsichtigte, intersubjektive Sinnübermittlung definieren; vgl. hierzu auch JENNE 1977, S. 54).

Bisherige Ansätze zur Definition von Kommunikation vermögen - was musikalische 'Verständigung' betrifft - kaum zu befriedigen. Eine der Ursachen weitreichender Missverständnisse ist nach JENNE (1977, S. 36) die Konfusion der Begriffe Information und Kommunikation und der auf diesen Begriffen beruhenden Modelle.

Der Mensch fängt aus seiner Umgebung Information auf, d.h. er nimmt Bilder, Gerüche und Geräusche wahr und zwar unabhängig davon, ob es sich dabei um spezifisch an seine Person gerichtete Signale handelt oder nicht. Ein Geräusch aus der Umgebung erregt Aufmerksamkeit, auch wenn es nicht beabsichtigt vom Urheber zum Empfänger gelangt.

Für den Perzipienten besitzt dieses Geräusch nun offensichtlich Informationswert, d.h. es informiert über die aktuelle Umweltsituation, ohne dass ein Informations-Agent dieses Geräusch gezielt (d.h. mit Absicht) produziert bzw. gesendet hätte. Das heisst, dass nicht die zufällige Präsenz zweier oder mehrerer Subjekte Kommunikation konstituiert; zentrale Voraussetzung ist die gezielte Kontaktaufnahme mit der Absicht, Information zu übermitteln und zu erhalten. Dies aber setzt ein Bewusstsein von der Existenz einer oder mehrerer möglicher Subjekte bzw. Partner voraus.

Erst die Konkretisierung einer intersubjektiv verständlichen Mitteilung bewirkt Kommunikation oder anders ausgedrückt: von Kommunikation kann dann gesprochen werden, wenn im intersubjektiven Bereich Information übermittelt wird und dieser Prozess

Informationszuwachs, Erkenntnis, Verhaltensänderung oder -bestärkung bewirkt (vgl. auch JENNE 1977, S. 42).

Musik als solche - ohne Text - stellt zweifellos keine begrifflichen Sinnzusammenhänge dar, obwohl durchaus strukturelle Analogien zu begriffsvermittelnden Kommunikationssystemen gefunden werden können (wie z.B. kulturspezifische Codesysteme).

JENNE (op. cit., S. 68/69 u. S. 104) definiert Musik als ausserbegriffliches, klangliches System der Konkretion und des Ausdrucks von Empfindungen.

Damit ist aber bereits Wesentliches über den Gegenstand und Inhalt musikalischer Kommunikation gesagt. LANGER (1965, S. 225) äussert sich zu "gewissen Aspekten des sogenannten inneren Lebens - des physischen wie geistigen -" und bemerkt dazu, dass diese Aspekte formale Eigentümlichkeiten besitzen, die denen von Musik gleichen - Muster von Ruhe und Bewegung, Spannung und Entspannung, Uebereinstimmung und Unstimmigkeit, Vorbereitung, Erfüllung, Erregung, plötzlichem Wechsel etc. Formen menschlicher (innerlicher) Befindlichkeit und Fühlens sind musikalischen Formen kongruenter als denen der Sprache (siehe auch LANGER 1965, S. 106 u. S. 231). Absolut nicht jeder assoziative Vorgang lässt sich sprachlich optimal konkretisieren. In dieser Tatsache zeigt sich eigentlich schon die 'Notwendigkeit' eines aussersprachlichen Kommunikationssystems.

JENNE (op. cit., S. 61) stellt fest, dass Musik nicht von vornherein nur auf ganz bestimmte, bewährte Wirkungen abzielt. Dies könnte bedeuten, dass in der musikalischen Kommunikation teilweise oder ganz andere Inhalte verdeutlicht, transformiert und ausgetauscht werden als in der sprachlichen Kommunikation.

Nach Analyse der Konvergenzen und Divergenzen der Kommunikationssysteme Sprache und Musik kommt man mit JENNE zum definitiven Schluss, dass Musik sich insofern als ein der Sprache, jedem begrifflichen Denken und Verstehen komplementäres System bezeichnen lässt, als sie die Fähigkeit der semiotischen

Artikulation menschlichen Erlebens und Verhaltens durch ein der Sprache strukturell vergleichbares System ergänzend erweitert (vgl. dazu auch JENNE, op. cit., S. 69).

3.4.3. Aspekte des Verstehens von Musik

JENNE (1977, S. 60) spricht in Bezug auf Musik von Kulturspezifität dieses Systems. Für ihn gibt es keine Allgemeinverständlichkeit in der Musik. Ähnlich argumentiert MEYER (1970, S.62), wenn er ausführt: "The languages and dialects of music are many".

PREU (1971, S. 30) vertritt die Ansicht, Musik stelle ein nach musikalischen Gesetzen aufgebautes System von Zeichen und Signalen dar. Komponieren erscheint aus seiner Sicht als Codierungsvorgang, Interpretation versteht er als Umcodierung und Perzeption schlussendlich als Decodierung.

Nach diesem Modell ist zum 'Verstehen' von Musik also eine Fähigkeit vorausgesetzt: die Fähigkeit nämlich, aus musikalischen Strukturen und Signalfolgen eine Botschaft 'herauszuhören' bzw. 'herauszuspüren'.

Dieses Verständnis von Musik ist gemäss KOFFER-ULLRICH (1969) innerhalb einer kulturellen Gemeinschaft durch das gemeinsame Tonsystem gewährleistet, wogegen JENNE (1973, S. 537; 1977, S. 60) die Auffassung vertritt, dass dem Verständnis komplexer Musik selbst der eigenen Kultur durch die Voraussetzung der Code-Beherrschung Grenzen gesetzt sind.

PREU (1971) hält nun eine vollständige Decodierung der in der Musik verborgenen Informationen nicht für erforderlich und zwar mit der Begründung, die Musik weise - verglichen mit den durch sie übermittelten Inhalten - einen relativ hohen Anteil an redundanten Elementen auf. .

Wir sehen den Schwerpunkt eventuell zukünftiger Untersuchungen vor allem in Analysen, die den Grad der Kongruenz von kompositorisch oder improvisatorisch beabsichtigten und 'geäußerten' Mitteilungen und durch den Perzipienten aufgenommenen Mitteilungen zum Gegenstand haben.

Mit Sicherheit erschöpft sich die eminente Bedeutung von Musik nicht nur in der Uebermittlung von Emotionen und Stimmungsbildern. Wir sehen in der Musik eine zentrale Möglichkeit, eigenes Dasein immer wieder neu zu erfahren und sich damit auseinanderzusetzen. Der Musik kann subjektiv und interpretierend begegnet werden.

Musik gestaltet unser 'Eingebettet-Sein' in Zeit und Raum. Durch sie ist es uns möglich, Stellung zu beziehen zur Zeitdimension menschlichen Erlebens. Wir hören und können uns Gehörtes, Vergangenes und Verklungenes wieder vergegenwärtigen.

Musik - überhaupt jeder akustische Reiz - gestaltet unseren Raum, unsere Umwelt und macht uns unser Dasein in eben diesem Raum bewusst. In vielen Stilrichtungen der uns bekannten Musik ist eine Darstellung und Offenbarung des Raumes deutlich. USLAR (1972, S. 40/41) weist in diesem Zusammenhang auf die barocke Echomusik hin, wo "laut" und "leise" und das Moment der Wiederholung für räumliche Nähe und Ferne stehen. Interessanterweise zeigen sich gerade diesbezüglich auffallende Parallelen in der heutigen Pop-Musik. Die Konstruktion und Verwendung von sogenannten Hall- und Echo-Geräten legt die Vermutung nahe, dass ein quasi akzentuiertes Erleben von Raum und Zeit beabsichtigt ist.

Wir vertreten die Ansicht, dass in Musik nicht nur Stimmungen, Emotionen und eindeutig erkennbare Signale übermittelt werden, sondern dass Musik uns unsere vitale Existenz bewusst macht und die Möglichkeit schafft, zu uns selber, zu Raum und Zeit Stellung zu nehmen.

3.5. TIEFENPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE

Es wurde dargelegt, dass Musik und musikalische Betätigung eines von mehreren Charakteristika menschlichen Existierens sind.

Musikalische Aktivität - sei es Produktion, Wiedergabe oder Rezeption - scheint auch heute keine zweckfreie Betätigung zu sein. Vielmehr spricht manches dafür, dass es sich hierbei um ein Bedürfnis des Menschen handelt.

3.5.1. Die frühe klassische Psychoanalyse und die Musik

Die Psychologie als Wissenschaft menschlichen Verhaltens und innerseelischer Vorgänge hat sich um das Verstehen menschlichen Seins zu bemühen. Motivforschung und die Untersuchung unbewusster Kräfte und Regungen sollen die Tiefenperspektive menschlicher Existenz erhellen.

Für die klassische, frühe Psychoanalyse FREUDS hatte Musik keine Bedeutung hinsichtlich eines möglichen psychischen Heilungsprozesses.

Sigmund FREUD soll nicht gerade ein ausgeprägter Musikliebhaber gewesen sein; es erscheint verständlich, dass er die via regia zum Unbewussten in verbal-rationalen Methoden, sicherlich aber nicht in der Musik sah.

Er soll sich hinsichtlich Musik vor einer Patientin geäußert haben, dass - wenn Patienten von Musik zu sprechen anfangen - nach seiner Beobachtung der Widerstand beginne (vgl. dazu W.C.M. SIMON 1973, in: PAHLEN 1973, S. 89).

Und doch geht in einer frühen Interpretation MOSONYI (1935) von analytischen Gesichtspunkten aus und beurteilt das musikalische Geschehen respektive die Elemente Spannung und Entspannung als Wechselspiel zwischen Triebhemmung und Triebbefriedigung. Allerdings findet sich noch keine Bemerkung hinsichtlich der therapeutischen Relevanz.

Erst die Erkenntnis, unbewusst-affektive Bereiche könnten auch nichtsprachlich bzw. "aussersprachlich" zum Ausdruck gebracht und dargestellt werden, führte dazu, dass seitens der Tiefenpsychologie therapeutische Anwendungsmöglichkeiten von Musik gesehen wurden (wir folgen hier weitgehend STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 59).

3.5.2. Spätere, psychoanalytisch orientierte Arbeitshypothesen

Ausgehend von LACH (1913), MOSONYI (1935) und RACKER (1965) - die alle im Schrei die phylogenetische Wurzel des gesungenen Tones bzw. der Musik sehen - rückt Musik, Musizieren und Musikhören immer mehr in das Blickfeld psychoanalytischer Betrachtung.

RACKER (1965) selbst bemerkt, dass Musik Ängste in Kreativität zu transformieren vermöge und er schliesst daraus, dass Musik als Abwehrmechanismus gegen Gefahren wirke, die das Ich bedrohen.

3.5.2.1. Regressionskonzepte

Vielerorts wird auf regressionsfördernde Wirkungsweisen von Musik hingewiesen (KRIS 1952; vgl. auch KOHUT 1951, FRIEDMAN 1960, KLAUSMEIER 1966, SUTERMEISTER 1964, BENENZON 1973, WILLMS 1975 a,b). Eine kurze, aber übersichtliche Darstellung findet sich in STROBEL/HUPPMANN 1978 (S. 61-63), so dass wir uns hier auf das Wesentliche beschränken.

KRIS (1952) interpretiert musikalische Betätigung als Regression im Dienste des Ich; KLAUSMEIER (1966) vertritt die Ansicht, auch Musikhören fördere Regression.

SUTERMEISTER (1964) betont die Funktion einer Erholungsregression und er beruft sich auf C.G. JUNG, der - neben Progression der Individuation, der Ausdifferenzierung und Selbstentfaltung - periodische Regression auf die archaische Ur- und Vitalschicht

des Menschen als notwendig erachte. Vorübergehende und zeitlich limitierte Regression durch Musikhören wird hier als Erholungsfunktion dargestellt.

Das Regressionskonzept wird durch einige Untersuchungen gestützt. Nach BENENZON (1973, S. 159-163) liegt die Grundlage des Verhältnisses zwischen Rhythmus und Mensch in klanglichen, bewegungsmässigen und anderen Kontakten des intrauterinen Embryos mit den Herzschlägen der Mutter. Eine Reihe von Autoren berichtet von Experimenten, wo Reaktionen von noch ungeborenen Kindern im Mutterleib, Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern beobachtet wurden, denen Klangreize (Herzschlagrhythmen ab Tonband, Hup-, Pfeif- oder Glockentöne, gegebenenfalls gesungene Passagen) "dargeboten" worden waren (vgl. dazu BENENZON 1973; OSTWALD 1973; SALK 1960; SIMON, in GRABER 1974; PEIPER 1928, 1934, 1936 zit. in STIRNIMANN 1973; PRATT 1933, 1936, 1937 zit. in STIRNIMANN 1973).

Experimente und Einzelbeobachtungen zeigen folgendes:

1. Schon pränatal werden akustisch-vibratorische Reize wahrgenommen und beantwortet (im Sinne einer Aktivitätsänderung beim ungeborenen Kinde).
2. Etliche dieser Reize wirken mit grosser Wahrscheinlichkeit beruhigend. Die Versuchsergebnisse sind im Zusammenhang mit dargebotenen Herzschlagrhythmen - z.B. ab Tonband - deutlicher.

Die beruhigende Wirkung von im engeren Sinne musikalischen Reizen bzw. Tonfolgen wird vorderhand eher durch Einzelbeobachtungen belegt.

Eine weitere Beobachtung in diesem Zusammenhang hat der Verfasser vor rund 3 Jahren selber gemacht:

Eine ca. 26-jährige Frau berichtete ihm während ihrer ersten Schwangerschaft von spürbaren bis starken Kindsbewegungen ab Ende des 5. Schwangerschaftsmonates. Sie hatte schon seit jeher die Gewohnheit, sich bei Müdigkeit nach Möglichkeit hinzulegen, ab Schallplatte Klaviersolo-Musik von Chopin zu hören und pflegte diese Gewohnheit nun auch während der Schwangerschaft. Sie konnte fast regelmässig feststellen, dass bei eher ruhigen Klavierstücken in klarer

Melodieführung und regelmässigem Metrum eine Verringerung der Kindsbewegungen eintrat. Der Verfasser - ungefähr im 5. Lebensmonat des nun geborenen Kindes als Baby-Sitter engagiert - sah sich eines Abends in Abwesenheit der Kindseltern vor die schwierige Aufgabe gestellt, das erregte und weinende Kind zu beruhigen. Zuspätsprechen, Vorsingen, Wiegebewegungen, das Umbetten und Streicheln hatten keinen Erfolg. Das Kind war und blieb erregt und weinte ohne Unterbruch, es verweigerte auch jegliche Nahrungsaufnahme. Nach einiger Ratlosigkeit kam der Verfasser auf die Idee, die ihm genau bekannte Schallplatte mit Klaviersolo-Stücken von F. Chopin in geringer Lautstärke abzuspielen, obwohl er an den "Erfolg" des Versuches selber nicht glaubte. Das Unerwartete trat jedoch innerhalb 1-2 Minuten ein: das Kind schloss die Augen, schob den Daumen in den Mund, zeigte während vielleicht einer halben Minute eine leichte Jactatio corporis in Seitenlage, hörte mit Weinen auf und schlief bald ein, um erst wieder aufzuwachen, als die Kindseltern um Mitternacht nach Hause zurückkehrten.

Das kurz erläuterte Regressionskonzept wird von NASS (1971) kritisiert. Er spricht anstelle der Regression von "shifts in ego states", weil bei gleichzeitiger Präsenz jetziger und früherer Arten der Ich-Organisation ein Regressionsprozess nicht postuliert werden müsse.

WILMS (1975 a,c) sieht speziell im Rhythmus ein narzistisch-libidinöses Ereignis; Musikrezeption bedeute symbolische Wunsch-erfüllung und im engeren Sinne Befriedigung oraler Bedürfnisse.

3.5.2.2. Auf der Analytischen Psychologie C.G. JUNGS basierende Konzepte

PRIESTLEY (1975) versucht, musikalische Aktivität mit JUNG'schen Konzepten in Beziehung zu setzen. So soll - unter anderem - Musik die Konfrontation mit gegengeschlechtlichen Prinzipien der eigenen Persönlichkeit (animus bzw. anima) ermöglichen.

In einer kurzen und gerafften Darstellung soll noch auf die musiktherapeutischen Konzepte des Schweden PONTVIK (1948, 1955, 1962) hingewiesen werden. PONTVIK beruft sich auf KAYSER (1932; 1938 a,b; 1946; 1947) und dessen Theorie von der Harmonik der Welt und vertritt darüber hinaus die Ansicht, dass gewisse Musikformen wie Volkslieder, Wiegenlieder und Choräle archetypische Struktur hätten (PONTVIK 1962).

Als profunder Kenner Bach'scher Musik hält PONTVIK die eben erwähnte Musik hinsichtlich therapeutischer Zwecke für besonders geeignet, da sie in vollkommener Weise archetypische Inhalte als ordnende Prinzipien symbolisch darstelle (1948). Er ist der Ansicht, Musiktherapie sei im Grund genommen der Vorgang einer Anrufung der Uridee im kollektiven Unbewussten vermittels Spiegelung ihrer selbst im Sinnbild einer klanglich akustischen Entsprechung (PONTVIK 1948, S. 47).

Harmonikale Urformen - über das Gehörorgan vermittelt - machen nach PONTVIKS Konzept der Ganzheit Körper - Seele die Gesetze eigenen Gleichgewichts wieder bewusst (PONTVIK 1962, S. 56).

Zur Stützung seiner Hypothese der archetypischen Struktur von Musikformen beruft sich PONTVIK u.a. auf ein Schreiben C.G. JUNG'S, worin sich der schweizerische Psychiater und Psychotherapeut geäußert haben soll, ihm erscheine der Gedanke, dass die Musik letztlich auf Archetypen beruhe, nicht nur möglich, sondern auch wahrscheinlich (vgl. PONTVIK 1962, Fussnote S. 162).

4. MUSIKTHERAPIE HEUTE UNTER SPEZIELLER BERUECKSICHTIGUNG PSYCHOTHERAPEUTISCHER ERFORDERNISSE

4.1. DEFINITIONEN UND ZIELSETZUNGEN DER MUSIKTHERAPIE

SIMON (1973, S. 82) sieht in der Musiktherapie eine diagnose-spezifische Behandlungsmethode der Psychotherapie, welche das spezifische Kommunikationsmedium Musik rezeptiv und aktiv anwendet, um therapeutische Effekte in der Behandlung von Neurosen, psychosomatischen Störungen, Psychosen und neuropsychiatrischen Erkrankungen zu erzielen.

SCHWABE äussert sich (1974, S. 9) zur Musiktherapie: er möchte unter diesem Oberbegriff psychotherapeutische Verfahren subsumiert wissen, die (auf den Menschen) Einfluss - im Sinne einer emotionalen Aktivierung - ausüben, spannungsregulierend wirken, kontaktfördernd beeinflussen und die Erlebnisfähigkeit steigern.

Etwas allgemeiner ist der Begriff der Musiktherapie bei BENENZON (1973, S. 158) gefasst: Nach NAMT-Definition (National Association for Music Therapy) ist Musiktherapie die wissenschaftliche Anwendung der Musik zum Zwecke therapeutischer Ziele.

J. ALVIN schlägt (1973, S. 73) eine "konkrete" Definition vor, der wir uns anschliessen, da unseres Erachtens das weite Feld möglicher Anwendung von Musik bestens und prägnant umrissen wird:

Musiktherapie ist die gesteuerte Anwendung der Musik bei der Behandlung und Wiedereingliederung von Kranken, die an geistigen, körperlichen oder Gemütsstörungen leiden.

Beim Studium der verschiedensten Definitionen von Musiktherapie - die eingangs kurz skizzierten sind nur ein winziger Auszug - fällt auf, wie verschiedenartig die Zielsetzungen sind. So werden zum Beispiel genannt:

- Kommunikationsförderung resp. -besserung

- Spannungsregulierung
- Allgemeine und emotionale Aktivierung
- Steigerung der Erlebnisfähigkeit
- Wiedergewinnen körperlicher und geistiger Gesundheit
- Eingliederung des Individuums in die Gesellschaft
- "Funktionsfähigkeit" in der menschlichen Gemeinschaft
- Schlafförderung
- Beeinflussung der Herz- und Atemtätigkeit oder der Schmerzempfindlichkeit in Chirurgie, Kardiologie, Innerer Medizin, Gynäkologie und Zahnheilkunde 1)

Diese breite, auf den ersten Blick fast unendlich erscheinende Palette von Zielen und Zielvorstellungen deutet sehr aufschlussreich auf das teils sehr divergierende und aus verschiedenen wissenschaftlichen Ausgangspositionen gewachsene Verständnis des Begriffes "Therapie" hin.

Wir gehen mit LINKE (1977, S. 64/65) nicht vollumfänglich einig, der in (therapeutischen) Plänen bisheriger Publikationen ein Manko an Zielvorstellungen und -analysen feststellen will (wobei er allerdings auf Ausnahmen wie z.B. A. SCHMOELZ' Therapeutische Aufgabe 2) hinweist).

Wir möchten uns allerdings der von LINKE geäußerten Forderung anschliessen, dass unter anderem (therapeutische) Nah- und Fernziele, allgemein therapeutische und spezifisch musiktherapeutische Ziele auseinanderzuhalten wären (wobei wir festhalten, dass speziell das Problem der Analyse und Definition von Nah- und Fernzielen für jedes therapeutische Procedere gleichermassen seine Gültigkeit hat).

1) Wir beziehen uns hierbei auf:
Schweizer Fernsehen DRS: TV-Sendung "Und ewig rieselt Musik",
12.11.1979.

Vgl. zu diesem Themenkomplex auch STROBEL/HUPPMANN 1978
(u.a. S. 129), SCHWABE 1974 (S. 123, 145, 177), Lecourt 1977
(dt. Ausg. 1979, u.a. S. 30-32), MELLGREN 1977 u. STERN 1977.

2) Vgl. dazu SCHMOELZ 1971 (S. 84 f.) sowie SCHMOELZ 1973.

Es sei ausdrücklich festgehalten, dass die Mehrzahl praktisch tätiger Musiktherapeuten und relevanter Autoren in der Musiktherapie eine von mehreren (möglichen) Methoden der Psychotherapie sieht; ein Procedere, das in ein psychotherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet ist und insofern eine begrenzte Aufgabe erfüllt (vgl. dazu auch SCHWABE 1974, S. 100).

SCHINDLER spricht - bezugnehmend auf die Musiktherapie - von einer Hilfstherapie innerhalb einem (übergeordneten) Therapiekonzept; es sei nicht zu erwarten, dass Musik allein Komplexe aufzulösen vermöge (SCHINDLER 1973, S. 115).

Im Gegensatz dazu setzt PONTVIK mit seiner sogenannten 'schwedischen Schule' Musiktherapie als einziges und 'isoliertes' Verfahren ein (PONTVIK, 1948, 1955, 1962) und wird aus diesem Grunde von SCHWABE (1967) als Hauptvertreter einer entgegengesetzten Richtung identifiziert.

4.2. MUSIK IN PSYCHOTHERAPIE UND SONDERPAEDAGOGIK VON HEUTE

Musik soll - den immensen älteren Quellen und neueren Publikationen zufolge - allein oder in Verbindung mit weiteren Faktoren bzw. Massnahmen fördernd, heilend, erziehend, aktivierend und/oder ausgleichend wirken. Entsprechende Heilungs-, Linderungs- oder Förderungsberichte sind bereits so zahlreich, dass wir an dieser Stelle nicht detailliert darauf eingehen können.

Vom einstigen 'Image' des omnipotenten Therapeuticums hat die Musik heute so ziemlich alles verloren: War sie in früheren Zeiten und Kulturen das 'Mittel' der Wahl, eine aus den Fugen geratene Ordnung im und um den Menschen im (von ihm) gewünschten Sinne zu beeinflussen, so werden die Ziele heute fokaler definiert (siehe hierzu die Hinweise unter Kap. 4.1. der vorliegenden Arbeit).

Die Absicht, Musik (im Sinne von aktiver Betätigung oder von Rezeption) heilend oder fördernd einsetzen zu wollen, birgt die Gefahr in sich, dass das Phänomen Musik völlig isoliert (vom Individuum, das Musik hört oder ausübt) im Vordergrund steht. SCHAEFER (1976, S. 9, 18) betont zu Recht, dass das Phänomen Musik beziehungsweise Musikwirkung nur angegangen werden kann, wenn der Mensch, der Musik erlebt, im Vordergrund des Interesses steht.

Wir halten es unter diesen Praemissen für legitim, den Stellenwert von Musik - und ganz allgemein von akustischen Reizen - zu untersuchen.

Bisherige Untersuchungen zum Fragenkomplex akustischer Reize in der Ontogenese lassen den Schluss zu, das Rezipieren bzw. Erleben akustischer und vibratorischer Stimuli gehöre zu den ersten Erfahrungen des Individuums überhaupt (vgl. dazu SCHAEFER 1976, S. 20; BENENZON 1973, S. 159; siehe auch unter 3.5.2.1. der vorliegenden Arbeit).

In der "coenästhetischen Kommunikation" zwischen Mutter und Säugling (vgl. SPITZ 1969, S. 153) werden als mögliche Signale unter anderem genannt: '..... Rhythmus, Tempo, Dauer, Tonhöhe, Klangfarbe, Resonanz, Schall'.

Damit soll verdeutlicht werden, dass erste und frühe Rezeption und Interaktion nicht unwesentlich durch akustische Signale (mit obenerwähnten Kennzeichen) charakterisiert sind.

Die Musik- oder allgemeiner die Klangtherapie dürfte sich unseres Erachtens zu ihrer Legitimation beziehungsweise Rechtfertigung auf die zwei folgenden Axiome berufen:

1. Klangliche Reize haben ihren festen und notwendigen Platz in der Ontogenese von (menschlichen) Individuen. Stimuli aus dem Bereich der Akustik sind bedeutsame und obligate Anteile erster, d.h. "coenästhetischer Kommunikation" sensu R. SPITZ (1969).

2. Die leib-seelisch-geistige Ganzheit des Menschen reagiert sichtbar und unsichtbar auf exogene, beispielsweise akustische Reize. Schall und Ton sind deshalb Katalysatoren vitaler, menschlicher Reaktion.

WILLMS (1975 c, u.a. S. 23), der sich auf bisherige (physiologisch-vegetative) Untersuchungen beruft, beurteilt Phänomene wie Veränderung von Muskelspannung, Puls- und Atemfrequenz als ein (inneres) Geschehen im Sinne einer Geräuschangst. Wir möchten in der Folge nicht so weit gehen, sondern statt dessen den Terminus "Geräusch-Response" vorschlagen (vgl. dazu SCHINDLER 1973, S. 113; BIRKMAYER 1970, S. 31).

Musik als rhythmisch-melodisch strukturierte und organisierte Tonfolge stellt mit ihren soeben genannten Kennzeichen sicher einen Sonderfall innerhalb der Gesamtheit akustischer Reize dar, da sie sich durch eben diese Struktur (tonal und zeitlich) aus alltäglichen und deshalb 'gewöhnlichen' Geräuschkulissen heraushebt.

Manches spricht nun dafür, dass es diese Struktur ist, welche die Musik zum Ferment *) innerhalb des psychotherapeutischen und sonderpädagogischen Geschehens werden lässt.

Musik als präverbale Ausdrucksformung ermöglicht Kontaktnahme und dosierte Kommunikation; sie ist - nach H. WILLMS - ein Ausschnitt aus der Realität, der erfahrungsgemäss nicht bedrohlich ist ('... Gegen die Musik muss man sich nicht verteidigen ...', zit. nach DREIKURS 1958, S. 70).

4.2.1. Musikalische Sonderpädagogik

Die (musikalische) Sonderpädagogik ist nach STROBEL/HUPPMANN (1978, S. 130) inhaltlich durch den besonderen Erziehungsanspruch der Behinderten definiert (wenngleich diese Sonderpädagogik sicher auch therapeutische Aspekte beinhaltet).

*) Wir entlehnen den Begriff des Fermentes von SCHAEFER (1976).

Es geht dabei - wie WILLMS (1975 c, S. 88) ausführt - um die Verhinderung von Sekundärschäden, um Ausgleich von Mängeln durch die Behinderung, um Schulung der Motorik, Konzentrations- und Reaktionsübungen, Sinnesübungen und soziale Übungen.

Im Bereich der Sonderpädagogik wird eine ungeheuer breite Palette von Störungen, Behinderungen (einfache und mehrfache) und Entwicklungsstörungen musiktherapeutisch angegangen.

STROBEL/HUPPMANN (1978, S. 131) weisen auf eben diese weite Verbreitung der Musiktherapie innerhalb der Sonderpädagogik hin und verweisen ferner auf die Beobachtungen mehrerer Autoren, wonach selbst körperlich, seelisch und geistig schwerst Behinderte oft über eine "unglaubliche Musikalität", "ungewöhnliches Interesse" etc. verfügen (wobei sich freilich auch Untersuchungen finden lassen, die aufgrund von Vergleichsstudien an mongoloiden und "normalen" Kindern den geistig behinderten eine geringere Musikalität ('musical sensitivity') attestieren; vgl. dazu PETERS 1970, S. 122).

Wir vertreten die Ansicht, dass der Begriff der Musikalität unbedingt präziser zu fassen wäre. Es ist naheliegend, dass aus einem mongoloiden oder cerebral geschädigten bzw. behinderten Kind noch kaum jemals ein umjubelter Virtuose oder Komponist wurde. Die von RETT (1973) und EUPER (1968) konstatierte "Musikalität" beziehungsweise "ausgesprochene musikalische Begabung" bei mongoloiden oder autistischen Kindern lässt sich unseres Erachtens nicht vollumfänglich mit der Musikalität nicht behinderter (in diesem Sinne 'normaler') Kinder vergleichen.

Eigene, allerdings noch nicht sehr zahlreiche Erfahrungen aus der Arbeit mit Kindern (vor allem mongoloide) lassen uns vermuten, dass viele dieser Kinder über ein geradezu unglaubliches 'Klang- und Tonfolgengedächtnis' (im Sinne des Melodiegedächtnisses) und über ein ausgeprägtes Rhythmusgefühl verfügen.

Der Verfasser der vorliegenden Arbeit erinnert sich an ein mongoloides und schwerst epileptisches Mädchen, welches er im Rahmen eines klinischen Praktikums zu betreuen hatte. Das Mädchen reagierte praktisch nur noch auf musikalische Stimuli (Pfeiftöne, kurze Melodiefolgen oder produzierte Rhythmen). War die Aufmerksamkeit einmal 'geweckt', dann gelang die Verständigung plötzlich auch auf verbalem Wege recht gut. Ein sichtlich grosses Vergnügen hatte das Mädchen, wenn man ihm in solchen Situationen Melodien vorsang oder vorpiff; Das Vergnügen steigerte sich noch sichtlich, wenn es dem Mädchen dann gelang, selbst komplizierteste Melodiefolgen Ton für Ton wiederzugeben. Ein vergleichbares Melodiegedächtnis hat der Verfasser noch bei keinem der sogenannten 'normalen' Kinder beobachten können! Auch wurde von verschiedenen Personen übereinstimmend bestätigt, dass die Patientin durchaus in der Lage sei, Lieder - bis zu 5 Strophen lang - Wort für Wort und melodisch absolut richtig zu reproduzieren beziehungsweise zu singen, die nur einmal (und dies bis sieben Jahre zurückliegend) vorgesungen worden waren.

Ein anderer Patient, ein Knabe mit einem allgemeinen, schweren Entwicklungsrückstand zeigte eine ebenso verblüffende Begabung: Sang oder piffte man ihm eine erste Tonfolge eines beliebigen Kinderliedes vor (zum Beispiel die ersten vier bis fünf Töne), so holte er seine Blockflöte hervor, deutete mit wilden Abwehrbewegungen der Arme an, dass man aufhören solle und spielte mit Enthusiasmus fast jedes beliebige Lied auf seinem Instrument zu Ende.

Diese zwei kurzen Schilderungen sind Auszüge aus Erfahrungen mit behinderten Kindern, aber keineswegs Einzelfälle. Wir möchten damit nur zum Ausdruck bringen, was uns bei seelisch-geistig schwer behinderten Kindern an "musikalischen Fähigkeiten" besonders auffällt.

Es ist schwierig, für diese Beobachtungen wie auch für weitere in der Literatur geschilderte Fälle eine plausible und wissenschaftlich vertretbare Erklärung zu finden. RETT (1973, S. 185) nimmt jedenfalls an (offensichtlich aufgrund eigener Erfahrungen mit entwicklungsgestörten Kindern), dass die Musik jene psychologischen Barrieren überspringt, die viele Kinder zu psychischen Mutisten mache. Er fragt sich, ob (unter anderem) die 'Musikalität' in Regionen des Gehirns lokalisiert sei, die offenbar nie gestört seien oder gestört werden könnten (op. cit., S. 185).

H. WILLMS (1975 c, S. 88) interpretiert die musikalische Erlebniswelt als soziales Erleben, das auch noch das Kind mit schwerer Hirnschädigung erreiche.

Was die Zielvorstellung musiktherapeutischer Arbeit innerhalb der Sonderpädagogik betrifft, so schliessen wir uns der

Feststellung WILLMS' (1975 c) an, die musikalische Arbeit diene dazu, bei organisch-pathologischer Ausgangslage möglichst optimale Bedingungen für die Entwicklung und Förderung zu schaffen, damit sekundäre Schäden (vermutlich im Sinne mangelhafter oder völlig fehlender Sozialisation und Integration; von uns hervorgehoben) auch wirklich vermieden werden könnten (op. cit., S. 88).

4.2.2. Musiktherapie in Psychiatrie/Musiktherapie als Psycho- beziehungsweise Soziotherapie

STROBEL/HUPPMANN (1978, S. 113) halten fest, dass Musiktherapie innerhalb der Psychiatrie Psychotherapie sei. Es fällt auf, dass in diesem Kontext meistens ganz allgemein von Psychiatrie die Rede ist; spezifische Erfordernisse für die Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und für die Erwachsenenpsychiatrie andererseits werden kaum explizit angesprochen (dies erstaunt umso mehr, als ja hinlänglich bekannt sein dürfte, wie sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie bei uns in Europa seit ca. 1920 'abzugrenzen' begann und angemessene diagnostische und therapeutische Methoden zu finden hatte *).

Die Ansichten relevanter musiktherapeutischer Autoren hinsichtlich Indikation zur Musiktherapie unterscheiden sich jedoch ganz erheblich. So möchte WILLMS (1975 c) in der Musiktherapie eine spezifisch therapeutische Methode für die Arbeit mit schizophrenen (psychotischen) Patienten und mit autistischen Kindern sehen (vgl. auch BENENZON 1973, ALVIN 1973, HENGESCH 1974 a+b, DREIKURS 1958).

*) Wir denken hierbei im besonderen an die Entwicklung und 'Etablierung' der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz.

Dem sei das sogenannte Leipziger musiktherapeutische Konzept nach CH. SCHWABE gegenübergestellt. SCHWABE, der eine Fülle von Arbeiten und Publikationen überblickt, sieht seine Musiktherapie in ein psychotherapeutisches System integriert, welches KOHLER u. M. (1968) als Kommunikative Psychotherapie beschrieben haben. Diese Musiktherapie findet vor allem bei chronifizierten neurotischen Erkrankungen und funktionellen Störungen Anwendung (SCHWABE 1974, 3, S. 100), wenngleich SCHWABE durchaus einräumt, dass die einzelnen Verfahren der Musiktherapie auch innerhalb anderer medizinischer Zusammenhänge praktikierbar seien.

PONTVIK (1948, 1955, 1962), der seine (rezeptive) Musiktherapie als geeignete Methode zur Behandlung von Erschöpfungszuständen, neurotischen und funktionellen Störungen versteht, hält fest, dass "organische Geisteskrankheiten" nicht mit Musik zu heilen seien (vgl. PONTVIK 1955, S. 33). Es ist seines Erachtens aber durchaus möglich, dass eine vorübergehende Beruhigung und Harmonisierung eintritt.

4.3. KURZER ABRISS MUSIKALISCH-SONDERPAEDAGOGISCHER UND MUSIKTHERAPEUTISCHER KONZEPTE

Die Entwicklung musikalisch-sonderpädagogischer sowie musiktherapeutischer Theorie und Praxis im 20. Jahrhundert kann nicht losgelöst von den Anfängen der musikalischen Bewegungserziehung (resp. rhythmischen Erziehung) zu Beginn unseres Jahrhunderts betrachtet beziehungsweise verfolgt werden.

4.3.1. Die 'rhythmisch-musikalische Erziehung'

Pionier der rhythmisch-musikalischen Erziehung ist Emile JAQUES-DALCROZE (1865 - 1950), dessen Bedeutung auf dem Gebiet der Musiktherapie und der musikalischen Sonderpädagogik nicht hoch genug bewertet werden kann.

JAQUES-DALCROZE beurteilt den Rhythmus als ein Urelement des Lebens und er setzt sich - in seiner Zeit recht revolutionär - für die Aufhebung der Entfremdung des Leiblichen vom rein Intellektuellen ein. So sagt er beispielsweise von der Rhythmik, sie sei '.... aussi primitive que raffinée' und er meint damit, dass diese Rhythmik sich sowohl an die Primitivstufe des Menschen (Realitätsgebundenheit, Grenzen und Möglichkeiten der Motorik) als auch an geistige Fähigkeiten (Denkvermögen, Willensentfaltung) wendet.

Die Gedanken und Konzepte dieses musiktherapeutischen Vorläufers und Wegbereiters sind im Aufsatz 'Les enfants aveugles et la rythmique' festgehalten (JAQUES-DALCROZE 1942).

JAQUES-DALCROZE beschränkt sich in seiner pädagogischen Arbeit auf Kinder, mindestens in einer ersten Phase auf behinderte, zum Beispiel blinde Kinder (vgl. dazu PAHLEN 1973, S. 25-27). Er äussert als Zielsetzung, bei blinden Kindern sei ihre angeborene Notwendigkeit von Mitteilung und Ausdruck, ihr Hang zum Schöpferischen und ihre Verbindung zur Umwelt zu fördern (op. cit., S. 26). Es solle auf Harmonisierung ihrer Ausdrucks- und Erlebnisfähigkeit hin gearbeitet werden (vgl. dazu SCHAEFER 1976, S. 11).

Die im Rhythmus wirkenden Elemente definiert JAQUES-DALCROZE als Zeit, Kraft und Form: Zeit (im Rhythmus) wirke auf das motorische Nervensystem ein, die Kraft (Dynamik) entwickle individuelle und gemeinschaftliche Ausdruckskraft und die Form ordne und beeinflusse das Geistige im Menschen.

JAQUES-DALCROZE beruft sich auf eigene Beobachtungen und weist auf die generelle Problematik des Behinderten hin: Eine umschriebene Behinderung oder ein Funktionsausfall bringt unweigerlich ein verändertes Welt- und Selbsterleben mit sich. Orientierung, Informationsverarbeitung, Aktion und Reaktion sind schwer beeinträchtigt.

JAQUES-DALCROZE beurteilt beispielsweise bei blinden Kindern die 'moralische und physische Widerstandskraft als oft ungenügend' (JAQUES-DALCROZE, zit. in: PAHLEN 1973, S. 26); aufgrund unübersehbarer Reaktion dieser blinden Kinder auf Musik fragt er sich, ob nicht eine "psycho-physische Spezialerziehung auf der Grundlage von Klang und Rhythmus das Interesse der Blinden in besonderer Form erreichen könnte" (loc. cit. ibid.).

Nach JAQUES-DALCROZE ist die Rhythmik die Kunst und Wissenschaft, den natürlichen Triebkräften des Körpers Bewegungsfreiheit zu geben.

Seine Schülerinnen M. SCHEIBLAUER und CH. PFEFFER übernehmen die Idee der musikalisch-rhythmischen Erziehung und erweitern sie zu einem allgemein pädagogischen und heil- resp. sonderpädagogischen Arbeitsprinzip (vgl. dazu KRIMM-von FISCHER 1975 a; KRIMM-von FISCHER 1975 b; NEIKES 1969; HANSELMANN 1966, 7; SCHEIBLAUER 1973).

Die musikalisch-rhythmische Erziehung geht vom spontanen Bewegungsbedürfnis des Kindes und von dessen natürlicher Beziehung zur Musik aus (so wie praktisch jedes Objekt zum Spiel-Objekt werden kann, so hat es auch sein spezifisches Geräusch). Im Bewegen wird kein zweckloses Spiel gesehen, sondern die Erlebnis- und Bildungsquelle für den Menschen. Phantasie entwickelt sich durch das Erfinden neuer Bewegungsspiele (KRIMM-von FISCHER 1975 b).

Bewegung verbindet den Menschen (... das Kind) auch mit seiner Aussenwelt. Die Bewegung hilft ihm, sich mitzuteilen und seinen Gefühlen Ausdruck zu verleihen. (KRIMM-von FISCHER 1975 a, S.11).

Für SCHEIBLAUER ist Musik in Töne umgesetzte Bewegung und die improvisierte, dem Kind angepasste Musik löst nach KRIMM-von FISCHER (1975 a, S. 12) vorerst einmal spontane Bewegungsimpulse aus.

4.3.2. Anthroposophisch ausgerichtete Musiktherapie und Bewegungstherapie

In anthroposophisch orientierten Schulen und Heimen gelangen (pädagogische) Prinzipien zur Anwendung, die RUDOLF STEINER (1861-1925) anfangs dieses Jahrhunderts entwickelt hat.

Leitgedanke ist eine emotionale Erziehung der Kinder und dabei wird auf Musik, bildnerisches Gestalten, Eurythmie und Drama zurückgegriffen.

KOENIG - als einer der prominentesten Vertreter - sieht in der gebräuchlichen 'Kunst-Musik' nicht das geeignete Mittel; für ihn setzt sich die Orchester-, Chor- oder Kammermusik aus so vielen Faktoren zusammen, dass eine Aufgliederung nicht mehr möglich ist. Musik sollte seiner Ansicht zufolge in ihre Ur-Elemente zu zergliedern sein, damit diese Ur-Elemente in ihrer Wirkung auf den Menschen erforscht werden können (KOENIG 1958, S. 78).

Die anthroposophisch orientierte Musiktherapie beruft sich auf die Ansichten STEINERS (1955, 1961), auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

STROBEL/HUPPMANN (1978, S. 135) bezeichnen diese Ansichten STEINERS - partiell - als spekulativ; wir nehmen diesbezüglich einen ähnlichen Standpunkt ein, vor allem hinsichtlich STEINERS Thesen zur Wandlung des Musikerlebnisses im Laufe der Menschheitsentwicklung; wir erinnern im besonderen an die Ausführungen zur grundlegenden Bedeutung des Intervallerlebnisses (vgl. STEINER 1928).

Eine zentrale Bedeutung kommt unseres Erachtens jedoch der Eurythmie nach RUDOLF STEINER zu. STEINER (1923, S. 1/2) hebt drei Ebenen der Eurythmie hervor: Kunst, pädagogisch-didaktischer Aspekt und Therapie. Eurythmie soll nicht Tanzbewegung, sondern sichtbare Sprache resp. sichtbarer Gesang sein (oder - etwas anders ausgedrückt - optisch-bewegungsmässig transformierte Äusserung).

Dadurch wird die Möglichkeit geschaffen, dass das, was beim Singen beziehungsweise Sprechen gehört wird, auch gesehen werden kann.

Wir erlauben uns, diese Feststellung so umzuformulieren, dass sie der Perspektive des ausführenden Individuums entspricht. Danach wäre Eurythmie quasi die umfassend-vollständige Ausdrucks- und Kommunikationsform der leib-geistig-seelischen Ganzheit.

STEINER weist übrigens ebenfalls darauf hin, dass Sprache und Musik ".... aus dem ganzen Menschen stammen", und ".... dass man dadurch in der Lage sei, ein Musikstück, das gespielt wird, eurythmisch in einem sichtbaren Gesange oder eine rezitierte oder deklamierte Dichtung in einer sichtbaren Sprache zugleich darzustellen *)" (STEINER 1975, S. 3).

Eine nicht geringe Rechtfertigung erwächst der Eurythmie aus der These R. STEINERS, die Eurythmie sei nicht für ein mittelbares Verständnis des Intellektes, sondern für die unmittelbare Wahrnehmung veranlagt.

Das Verhältnis der Anthroposophie zur Bedeutung der Musik für die Entwicklung des Kindes ist bei SCHRIEFER (1976, S. 131) kurz und summarisch skizziert: Musik ver helfe ganz besonders zum seelischen Sich-selbst-Erleben des Kindes.

*) Versteht man den Akt des Darstellens als intendierte Aktivität des Individuums, so lassen sich unseres Erachtens gewisse Aehnlichkeiten zu den Grundsätzen einer Tanz- und Bewegungstherapie aufzeigen. Wir denken dabei speziell an die Forderung, dass Spannung, Gefühl und Assoziation in Bewegung umgesetzt werden sollten (vgl. dazu die kurzen Ausführungen in der vorliegenden Arbeit, S. 34 Mitte).

KOENIG (1958, S. 81) nennt als drei Hauptformen einer möglichen - anthroposophisch orientierten - Musiktherapie den Gesang, die Instrumentalmusik und die Ton-Eurythmie und hält in seinen Ausführungen zur speziellen Musiktherapie fest, dass es sich dabei (mindestens im Bereich der Heilpädagogik) meistens um eine Gruppentherapie handle.

Dagegen sprechen NORDOFF und ROBBINS (1975) durchaus von Gruppen- und Einzeltherapie. Sie wollen damit ein sehr weites Feld von Behinderungen und Störungen angehen. So wird eine Musiktherapie weitreichenden Einfluss auf die Entwicklung von Kindern haben, die geistig, seelisch oder physisch behindert respektive retardiert sind und nach NORDOFF und ROBBINS (op. cit., S. 13) bewahrheitet sich diese Aussage in weiten Gebieten der Kindheitspathologie, auf den verschiedensten Altersstufen, unabhängig von sozialer oder ökonomischer Herkunft, unter fast allen Bedingungen der Sonderschul- und Heimerziehung und im klinischen Bereich.

Musik soll den Autoren zufolge kontaktstiftend wirken, ein Experimentierfeld bereitstellen für hingebendes Handeln, für individuelle und soziale Integration. Im gruppentherapeutischen Procedere wird oft die Kombination von Musik und Drama bevorzugt, wogegen in der Einzeltherapie der frei improvisierende Therapeut beim Kinde eine musikalische beziehungsweise rhythmische Antwort oder Reaktion auszulösen beabsichtigt. Diese Reaktionen werden von NORDOFF und ROBBINS (1975) als Verkörperung eines Antwortverhaltens verstanden und lassen Rückschlüsse auf die Art der Störung oder Behinderung zu (zur näheren Beschreibung der insgesamt dreizehn Responsekategorien verweisen wir auf: NORDOFF und ROBBINS 1975, S. 56-70).

Eine weitere Form von Musiktherapie ergibt sich in der Absicht, eurythmische Bewegungsübungen durch musikalische Improvisation zu intensivieren. Man dürfte hier im weitesten Sinne von Aktivierung resp. von Steigerung des Selbstausdrucks sprechen.

ZUCKRIGL und Mitarbeiter (1976) beschreiben indessen ihre Methode der Rhythmik als "ganzheitliche Erziehung durch Bewegung,

wobei über die Klangwelt der Musik oder das gesprochene Wort und über Bewegungsabläufe die ordnende Beeinflussung rhythmischer Strukturen und Formen erfahren werde" (op. cit., S. 9). Das Hauptziel der Rhythmik nach ZUCKRIGL und Mitarbeiter (1976) innerhalb der Erziehung und Förderung behinderter Kinder ist im sozialen Bereich zu sehen. Die Forderung einer grösstmöglichen Kommunikationsfähigkeit ergibt sich für ZUCKRIGL und Mitarbeiter (und sicher für die Mehrzahl praktisch tätiger Musik- und Rhythmik-Therapeuten) aus der Erfahrungsstatsache, dass eigentlich praktisch alle Behinderten Kommunikationsdefizite aufweisen, wenn auch sicher verschieden gelagert.

4.3.3. Die Orff-Musiktherapie

Mit Recht weisen STROBEL/HUPPMANN (1978) darauf hin, das Orff-Schulwerk sei ursprünglich nicht für den Einsatz in der Heilpädagogik konzipiert gewesen, es habe sich jedoch schon bald als hierfür sehr geeignet erwiesen (wir sind der Ansicht, dass sich diese Eignung ebenso auf das musiktherapeutische Vorgehen innerhalb der Psychiatrie erstreckt).

G. ORFF versteht ihre Musiktherapie als multisensorische Therapie. Durch den Einsatz der phonetisch-rhythmischen Sprache, des freien und gebundenen Rhythmus, der Bewegung des Melos in Sprache und Singen und das Handhaben von Instrumenten sollen alle Sinne angesprochen werden.

Die ORFF-Musiktherapie übernimmt die Idee des kreativ-spontanen Musizierens und bedient sich dabei auch des im ORFF-Schulwerk verwendeten und hierfür konzipierten Instrumentariums.

Im (ursprünglichen) ORFF-Schulwerk geht es darum, dem Kind eine vollständige Dimension 'Musik' zu schaffen, in der es - in Gemeinschaft - Musik machen kann. Deutlich sind die Bestrebungen, nicht nach einem bestimmten, d.h. vorgefassten und starren 'Musikplan' vorzugehen (wie es in den fertigen Modellen

des ORFF-Schulwerkes teils der Fall ist); vielmehr ist Klang- und Tonmaterial den jeweiligen (situativen) Bedingungen und der Befindlichkeit der Musizierenden, den sonderpädagogischen und psychotherapeutischen Erfordernissen und Zielsetzungen anzupassen.

Das praktische Vorgehen in der Einzel- und Gruppentherapie erörtert und diskutiert G. ORFF in ihren grundlegenden Arbeiten (1971, 1974); die Autorin betont die Möglichkeit der multisensoriellen Applikation und Perzeption. Multisensorielle Impulse könnten auch noch ansetzen, wo ein Sinnesorgan geschädigt sei resp. ganz ausfalle (ORFF 1973).

(Musik)-Therapie ist nach G. ORFF als Stimulus zu begreifen und nicht als eine sukzessive Durchführung von Programmen. Was die Zielsetzung betrifft, so spricht sich G. ORFF eher für das Formulieren von Teil-Zielen resp. Zielstrecken aus (ORFF 1974, S. 16), da Behandlung sich als Prozess vollziehe.

Zentrale Forderung an den Therapeuten sind rasches Reagierenkönnen, Fähigkeit zur Improvisation und Virtuosität (vor allem betreffend das Einbauen- und Umschmelzen-Können von - vermeintlichen - Störvariablen).

Ausgehend von der These der "multisensorischen Therapie" formuliert G. ORFF auch die Anwendungsgebiete resp. die Behinderungen und Störungen, die musiktherapeutisch angegangen werden könnten: geistige, körperliche und Sinnesbehinderungen; Verhaltens-, Entwicklungs- und Kommunikationsstörungen, Autismus.

(Diese fast universelle Anwendbarkeit musiktherapeutischer Techniken erinnert an den Anspruch von Vertretern der Rhythmik einerseits und der anthroposophisch ausgerichteten Musiktherapie andererseits, im Bereiche der Sonderpädagogik fast das ganze Spektrum möglicher Behinderungen und Entwicklungsstörungen angehen zu können; vgl. dazu auch die dementsprechende Bemerkung von STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 167).

Das Procedere nach G. ORFF (1971, 1973, 1974) darf als aktive Musiktherapie bezeichnet werden, Schwerpunkt bildet eine sozial-bezogene musikalische Interaktion.

G. ORFF (1974, S. 9) spricht von einer sinnvollen Koordination der Musiktherapie mit anderen Therapieformen, allerdings ohne dies näher auszuführen. Immerhin wird deutlich, dass auch hier Musiktherapie als Teil eines psychotherapeutischen oder sonderpädagogischen, umfassenden Ganzen zu verstehen ist und nicht als singuläre oder isolierte Behandlungsform.

(In diesem Sinne äussert sich auch SCHAEFER 1976, S. 14: die musiktherapeutische Arbeit stelle nur einen Teil der Behandlung psychisch gestörter Menschen dar; es sei wesentlich, dass man den Stellenwert einer Musiktherapie adäquat einschätzen lerne).

4.3.4. Aktive Musiktherapie autistischer und schizophrener Störungen

Wenn WILLMS (1975 c) von Musiktherapie als Psycho- resp. Soziotherapie spricht, dann ist damit vor allem die musiktherapeutische Arbeit mit schizophrenen Patienten und autistischen Kindern gemeint. In seiner eingangs erwähnten Arbeit geht er auf die spezifischen Probleme und Erfordernisse (der Therapie psychotischer Störungen) ein.

Für WILLMS stellt in diesem Bereich (Arbeit mit psychotischen und autistischen Patienten) die Musiktherapie eine spezifische therapeutische Methode dar, die nicht ersetzbar ist durch andere Arbeit. Es ist gar von einer notwendigen Methode im Gesamtrahmen der psychotherapeutischen Behandlung die Rede, da die musikalische Kommunikationsebene bei Psychotikern meist weitgehend erhalten bleibe (op. cit., S. 88).

Es wird davon ausgegangen, dass die Ich-Entwicklung und die Entwicklung der normalen Objektbeziehungen in einer befriedigenden

kommunikativen Situation der präverbalen Entwicklungsphasen stattfindet, also in einer Situation befriedigender adäquater und ausreichender Kommunikation zwischen Mutter und Kind.

Kommunikative Signale, die das Kind in den ersten Lebensmonaten empfängt, wurden an anderer Stelle bereits genannt. WILLMS (1975 c) weist darauf hin, dass diese Elemente fast identisch seien mit denjenigen der Musik und der Bewegung, und er bezeichnet deshalb die Elemente der Musik als zu den frühesten Kommunikationsmitteln gehörend.

Durch das Medium Musik wird ein nonverbaler Therapie-Ansatz ermöglicht, da nach WILLMS Auffassung Situationen befriedigender präverbaler Kommunikation hergestellt werden können.

Mit diesem "Angebot" von Ausdrucksformung wird versucht, den in seiner präverbalen Entwicklungsphase gestörten Menschen auf einer adäquaten Begegnungs- und Verständigungsebene zu erreichen.

Die musikalische Ausdrucksweise ist WILLMS (1975 c) zufolge weniger belastet durch pathologische Deformation als unsere Sprache. Dennoch sei auf die Notwendigkeit ausreichender Transparenz der musikalischen Struktur und genügend hohen Informationsgehaltes der musikalischen Mitteilung hingewiesen, wobei wir mit PREU (1971 a) einig gehen, dass Musik - verglichen mit den durch sie vermittelten Inhalten - einen relativ hohen Bestand an redundanten Elementen aufweist. An diese Feststellung anknüpfend möchten wir zusätzlich die Frage aufwerfen, ob ein gewisses Mindestmass an Redundanz nicht fast notwendig sein könnte - speziell für den kommunikativ schwerst gestörten (schizophrenen oder autistischen) Menschen.

Ausgehend vom allgemein bekannten Phänomen der oft kargen Kommunikation(einer schizophrenen Persönlichkeit) möchten wir - im Sinne einer Hypothese - annehmen, dass der schizophrene Daseinsvollzug deshalb eine Kommunikationsstörung beziehungsweise -verschiebung und/oder -verminderung zum Merkmalsträger hat, da für die schizophrene Persönlichkeit die Gefahr

eines allgemeinen 'kommunikativen Stress' besteht. Eine Einschränkung kommunikativen Verhaltens kann also unseres Erachtens auch Ausdruck einer Selbstschutz-Massnahme sein, da im schizophrenen Existieren die Verpflichtung zu dichter, das heisst optimal inhaltsreicher Kommunikation belastend oder gar bedrohlich empfunden wird. Dieses Sich-Beschränken im kommunikativen Bereich bringt es nach unseren Vorstellungen mit sich, dass der Anteil redundanter Elemente grösser wird, was letzten Endes in eine Art kommunikativen Schonklimas münden kann. In diesem erträglicheren Dasein kann sich der schizophren gestörte Mensch besser vor inadäquaten Erwartungen schützen.

Wir erachten es aus diesen Ueberlegungen als wichtig, dass Kommunikationsförderung nicht primär darauf hin arbeiten soll, den musikalischen Partner (den Patienten) zu rational möglichst gut (er)fassbaren Aeusserungen zu bewegen. Vielmehr soll die Möglichkeit angeboten werden, sich erst einmal irgendwie, das heisst vielleicht sogar unverständlich resp. uneinfühlbar zu äussern.

Während WILLMS (1975 c) sich weitgehend auf die Double-bind theory von WATZLAWICK (1974) stützt, formuliert er die These (aufgrund v. Beobachtungen), dass schizophrene Patienten eine sehr viel feinere Fähigkeit erworben hätten, analoge Signale aufzunehmen, wogegen die digitale Kommunikation unwesentlich geworden sei.

GECK (1973, S. 63) zitiert in diesem Zusammenhang eine psychiatrisch hospitalisierte Patientin: "... ich habe mir abgewöhnt, auf das zu hören, was meine Mutter sagt, aber mir angewöhnt, zu spüren, was sie meint".

Danach müsste Musik als präverbale und (mindestens teilweise) analoge Kommunikationsform definiert werden.

Die postulierte Fähigkeit des Schizophrenen, vermehrt analoge Signale aufnehmen zu können, muss aber nicht notwendigerweise ein Garant für einen gut realisierbaren Kommunikationsprozess im analogen Modus sein. HENGESCH (1974 a) betont, dass beim

schizophrenen Patienten auch auf der nonverbalen Ebene die Kommunikation gestört sei und dass dieser immer genau abmesse, wieviel Kommunikation er zulassen könne:

"Ein Patient spielt auf seinem Instrument vor sich hin, ich sitze im Kreis und gehe auf seine Art zu spielen ein, ich fasse seine Art zu spielen also als musikalischen Vorschlag auf, das heisst:

- a) ich spiele mit ihm,
- b) ich stimme meine Art (zu spielen) auf die seine ab; sei es, dass ich mich ihm gegenüber musikalisch komplementär verhalte oder dass ich sein Metrum übernehme.

Der Patient schaut mich kurz an und nach vier bis sechs Schlägen kommt er 'aus dem Takt', er spielt haarscharf an mir vorbei. Auch wenn ich immer wieder versuche, mein Metrum anzugleichen, weicht er mir um ein "Winziges aus" (op. cit., S. 228/229).

"Gemeinsames Betätigen von Musikinstrumenten ist noch erträglich; im gemeinsamen Metrum zu spielen, ist zuviel" (op. cit., S. 229).

J. ALVIN (1966, 1973 a+b, 1975) - als Musiktherapeutin in England tätig - bezeichnet Musik als eigentlich präverbales Kommunikationsmittel (1973 a, S. 74) und sie hebt die folgenden vier Aspekte besonders hervor:

- communication
- identification
- association
- self-expression

Zum kommunikativen Aspekt wird ausgeführt, dass eine Existenz in Isolation bzw. ohne Möglichkeit zur Kommunikation schlecht-hin undenkbar sei; ".... man (....) needs the presence of others to fulfil his physical and psychological needs (ALVIN 1966, S. 86).

Die Identifizierung oder vielmehr die Möglichkeit zur Identifikation mit der (dargebotenen oder produzierten) Musik ist für

ALVIN (und die Mehrzahl heute tätiger Musiktherapeuten) von grosser Bedeutung. Für die praktische Musiktherapie bedeutet dies, dass eine optimale Kongruenz zwischen Befindlichkeit des Patienten und dargebotener oder produzierter Musik anzustreben ist.

Dieser Grundsatz findet heute als sogenanntes Iso-Prinzip in der Musiktherapie fast weltweit Beachtung; wir wollen es an anderer Stelle noch darstellen.

ALVIN hebt hervor, das Phänomen eines 'persönlichen' Klanges oder Rhythmus sei häufiger, als man allgemein anzunehmen pflege (ALVIN 1973 a, S. 75).

Diesbezüglich beruft sich ALVIN unter anderem auch auf Beobachtungen bei autistischen Kindern: es gelinge (sogar) ihnen, mit Hilfe eines Klanges oder eines Intervalls, die jeweils dauernd wiederholt werden, sich auszudrücken. Dieser Sachverhalt soll es dem Therapeuten ermöglichen, einen Kontakt mit der Welt des Kindes zu erzielen und oft genug sei dieser Weg der Kontaktnahme der einzig praktikable respektive mögliche Weg.

Beim sogenannt 'persönlichen' Klang, Intervall oder Rhythmus (auch bei einem bevorzugten Musikstück) muss es sich jedoch nicht notwendigerweise um eine ein für allemal feststehende Affinität handeln; wir vertreten mit ALVIN (1966, S. 89) die Ansicht, dass eine 'passende' Musik nicht unbedingt ein 'musikalisches Portrait' ist, sondern eher die im Moment tangierten Persönlichkeitszüge widerspiegelt.

Bedeutung für die Praxis: Bei der rezeptiven Form einer Musiktherapie soll Musik möglichst so gewählt werden, dass sie dem gegenwärtigen Zustand, das heisst der aktuellen Gesamtbefindlichkeit des rezipierenden Individuums angemessen ist in Bezug auf Rhythmus, Tongeschlecht (Dur, Moll), Klangfarbe, Melodie und Harmonik. In der aktiven Musiktherapie ist zusätzlich noch auf eine angemessene Wahl des Instrumentes (der Instrumente) zu achten (wir möchten hervorheben, dass das Kriterium 'angemessen' sich auch auf die Fertigkeiten und Fähigkeiten des

agierenden Patienten bezieht!). Die Musik oder einzelne Elemente davon können Erinnerungen und Gemütsbewegungen wecken, die vergessen oder verdrängt waren. Aus dieser alltäglichen Beobachtung attestiert ALVIN (1966, S. 90/91) musikalisch-akustischen Reizen auch assoziative Qualitäten. Die Autorin und Therapeutin weist darauf hin, wie zum Teil sehr kurze Passagen (eines dargebotenen Musikstückes) bereits genügen, um bei Patienten bestimmte (das heisst damit verbundene, assoziierte) Erinnerungen, Gefühle und Gedanken wieder aufsteigen und hervortreten zu lassen (loc. cit. *ibid*). In nicht wenigen Fällen ist sogar das Auftreten von Synaesthesien *) festgestellt worden.

Oft ist die musikalische Improvisation besonders geeignet, um verdrängte Gemütsbewegungen, Erinnerungen an traumatische Erfahrungen oder uneingestandene Triebregungen freizusetzen, jedoch sollte unbedingt darauf geachtet werden, dass die Improvisation in ihrem Ausdrucksgehalt zunächst einmal den gegenwärtigen Gefühlen entspricht. Erst nach und nach sollen andere, zum Beispiel biographisch ältere Sachverhalte, Gefühle und Affekte zur musikalisch-improvisatorischen Darstellung gelangen (vgl. dazu auch ALVIN 1973 a, S. 76).

Diesbezüglich sind gewisse Parallelen der Musiktherapie zur Psychoanalyse unverkennbar, so dass die Forderung ALVINS nach ärztlicher Aufsicht dieser Therapie zumindest plausibel erscheint (wir möchten den Terminus ärztliche Aufsicht gerne durch denjenigen der 'psychotherapeutischen Aufsicht' ersetzt wissen, da unseres Erachtens die fachliche Kompetenz so präziser definiert ist).

Weiteres Schwergewicht legt ALVIN auf die Möglichkeit des Selbstausdrucks (self-expression). Hier wird davon ausgegangen, dass Emotionen nur bewusst werden können, wenn sie durch irgendeine Art des Selbstausdrucks eine 'Form' haben annehmen können.

*) Synaesthesia: Mitempfindung, Auftreten von Empfindungen im einen Sinnesorgan bei Reizung eines anderen.

Bisher 'Unsagbares' oder vielmehr 'Unausdrückbares' könnte auf musikalischem Wege zur Darstellung und so zu einer Form gelangen. So sollen Regungen und Affekte offenbar und in einem gewissen Sinne verwertbar werden: Nur evidente Äusserung ist - auf längere Sicht - ein gewissermassen verlässlicher Baustein für Mitteilung und befriedigende Kommunikation.

Allerdings ist unseres Erachtens Evidenz im musikalischen Ausdruck nicht gleichzusetzen mit der Evidenz im sprachlichen 'System'. Wir sehen in musikalisch-improvisatorischer Aktivität die Möglichkeit zum zensurierten Ausdruck eigener Affekte oder Vorstellungen; zum Darstellen 'verbotener', das heisst in unserer gesellschaftlichen Struktur verpönter Regungen und Impulse. Was nicht gesagt werden soll, kann wenigstens gespielt werden und zwar so, dass es mindestens für den Agierenden, eventuell auch für den Perzipierenden oder die teilnehmende Therapiegruppe verstehbar wird.

4.3.5. Eine Uebersicht über die Verfahren anhand der musiktherapeutischen Systematik nach CH. SCHWABE (1974)

SCHWABE (1974, S. 69-179) stellt in einer interessanten und ausführlichen Arbeit das sogenannte Leipziger System der Musiktherapie vor und liefert gleichzeitig in der internationalen Literatur ein streng gegliedertes System, in welches sich die Mehrzahl heute praktizierter Therapieformen eingliedern lässt. Beschrieben werden insbesondere einzel- und gruppentherapeutische, rezeptive und aktive sowie gerichtete und ungerichtete Verfahren. Man mag sich freilich fragen, ob der Musiktherapie in ihrer praktischen Anwendung in irgendeiner Form geholfen sei, wenn eine übergeordnete Systematik geschaffen beziehungsweise angeboten werde. Wir halten das Unterfangen SCHWABES jedoch für sinnvoll, zumal innerhalb einer Systematik das Risiko einer innerdisziplinären, "babylonischen" Sprach- respektive

Begriffsverwirrung optimal gering ist. Im Weiteren basiert eine Systematik auf einem Konzept, das für alle der Systematik untergeordneten Verfahren gleichermaßen Gültigkeit hat.

SCHWABE geht in der Frage des Wesens von Musik davon aus, dass jegliche Kunst eigentlich gesellschaftlich determiniert sei. Wie jede künstlerische Äußerung ist Musik eine ästhetische Kommunikationsform und hat mit anderen Kunstgattungen gemeinsam, als ästhetische Realität Träger eines bestimmten Ideen- und Gefühlsgehaltes zu sein (vgl. dazu auch OWSJANNIKOW und SMIRNOWA 1966). Jedoch unterscheidet sich Musik von anderen Kunstgattungen dadurch, dass ihre Aussage weniger gegenständlich und eindeutig, dafür aber stärker und unmittelbarer emotional ist.

Aufgrund der Spezifik von Musik sind besonders emotional geprägte Wirkungen für einen therapeutischen Einsatz (der Musik) zu erwarten.

Die 'Leipziger'-Musiktherapie ist nach SCHWABE (1974) integriert in ein psychotherapeutisches System, das KOHLER und Mitarbeiter (1968 a) als Kommunikative Psychotherapie beschrieben haben und das bei chronifizierten neurotischen Erkrankungen und funktionellen Störungen Anwendung findet.

Diese 'Kommunikative Psychotherapie' setzt sich aus verbalen und nonverbalen Einzel- und Gruppenverfahren zusammen, die einander sinnvoll ergänzen sollen.

Eine Behandlung läuft über zwei aufeinander folgende Phasen:

Die retrospektive Phase leitet die psychotherapeutische Behandlung ein. Hier soll der Patient Einsicht erlangen in seine Persönlichkeit und in pathogenetische Faktoren ihrer Entwicklung.

In einer zweiten, prospektiven Phase sollen neue Verhaltensweisen und Einstellungen erarbeitet, neue Erkenntnisse gefestigt und die gesamte Persönlichkeit stabilisiert werden.

SCHWABE (1974 3., S. 101) unterscheidet vier therapeutische Ansatzpunkte, die wie folgt umrissen werden können:

1. Emotionale Aktivierung der im psychotherapeutischen Gespräch angeregten Auseinandersetzung mit neurotischen Einstellungen und Verhaltensweisen und deren relevanten Ursachen mit dem Ziel einer Intensivierung und Beschleunigung dieses Behandlungsvorganges.
2. Ueberwindung neurotisch bedingter kommunikativ-sozialer Störungen mit dem Ziel der Entwicklung einer interpersonellen Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit.
3. Beeinflussung psychovegetativer Regulationsstörungen und muskulärer Dauerspannungen mit dem Ziel einer psychophysischen Harmonisierung.
4. Ueberwindung der neurotisch gestörten Erlebniseinschränkung und Wiedergewinnung oder Neuentwicklung von Interessenbereichen, insbesondere der ästhetischen Erlebnissfähigkeit mit dem Ziel einer harmonischen allseitigen Persönlichkeitsentfaltung.

Die genannten therapeutischen Aufgaben werden im Gesamt der psychotherapeutischen Behandlung zu verschiedenen Zeitpunkten realisiert. Eine emotionale Aktivierung soll in der retrospektiven Behandlungsphase verwirklicht werden, wogegen sich die Entwicklung der interpersonellen Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit über die retrospektive und prospektive Behandlungsphase erstreckt. Eine Beeinflussung psychovegetativer Regulationsstörungen wird in der prospektiven Behandlungsphase intendiert. Die hier angewandte Methode - die regulative Musiktherapie - wird dem Patienten/Klienten als Trainingsform vermittelt und wird auch nach der psychotherapeutischen Behandlung durch den Patienten selbständig weitergeführt *).

*) Wir vertreten die Ansicht, dass ein regulatives Trainingsprogramm gegebenenfalls nicht nur nach Abschluss der Behandlung, sondern auch begleitend zur Behandlung durch den Patienten z.B. zuhause erfolgen kann. Dies dürfte besonders in einer ambulant-poliklinischen Behandlung von einiger Bedeutung sein, wie wir an anderer Stelle noch näher ausführen wollen.

Eine Entfaltung ästhetischer Erlebnisfähigkeit - nach SCHWABE (1974,3.), vor allem in der prospektiven Behandlungsphase beginnend - dient der Entfaltung von Bedürfnissen, die gleichfalls nach der Behandlung weitergepflegt werden.

So geht es letztlich um eine echte Auseinandersetzung des Patienten mit sich selber und seiner Biographie; Haltungen, Einstellungen und Verhaltensweisen sollen 'durchleuchtet' und gegebenenfalls korrigiert werden; die Symptombehandlung stellt nur einen Aspekt innerhalb des gesamten Prozesses dar.

SCHWABE räumt jedoch ein, dass unter besonderen Umständen eine vorwiegende oder ausschliessliche Behandlung der Symptomatik doch sinnvoll respektive indiziert sein könne; er verweist in diesem Zusammenhang auf:

- funktionelle Störungen ohne ausgeprägte Chronizität des Krankheitsverlaufes
- ältere Patienten, bei denen aufgrund einer altersbedingten Verfestigung bestimmter Persönlichkeitsanteile eine Um- oder Neuorientierung von Einstellungen und Verhaltensweisen nicht mehr möglich ist (Gefahr der sogenannten 'Bilanzkrise'!).

Die musiktherapeutischen Verfahren werden nach SCHWABE (1974,3., S. 108) wie folgt unterteilt:

(Schematische Darstellung siehe nächste Seite)

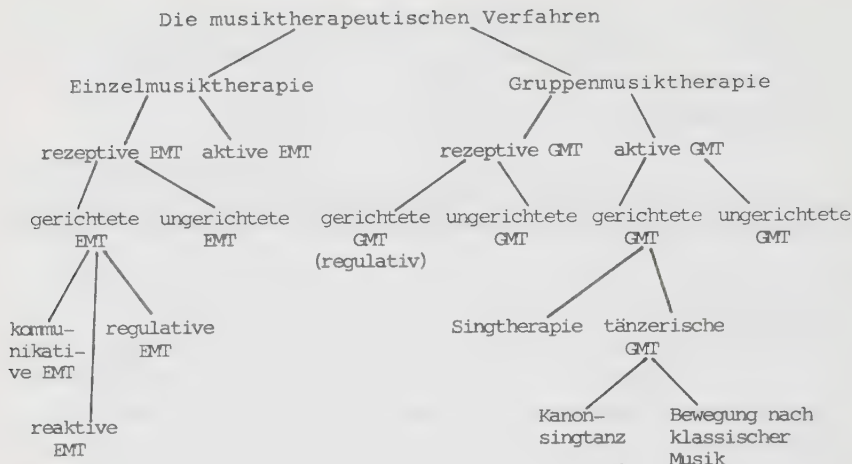


Abb. 2: Graphische Uebersicht der musiktherapeutischen Verfahren nach SCHWABE 1974, 3.

4.3.5.1. (Rezeptiv) kommunikative EMT

Unter (rezeptiv) kommunikativer Einzelmusiktherapie versteht SCHWABE das gemeinsame Anhören von Musik durch Patient und Therapeut. Es wird damit die Absicht verfolgt, eine Brücke gegenseitigen Vertrauens herzustellen und in der Patient-Therapeut-Beziehung das eigentlich partnerschaftliche Element hervorzubringen. Nach SCHWABE (1974, 3.) ist diese Form der (rezeptiven) Musiktherapie besonders indiziert für Patienten, die aufgrund ihrer Entwicklung in der emotionalen Aeusserungsfähigkeit stark gehemmt sind und dazu neigen, ihre Konflikte rational zu kompensieren (op. cit., S. 110/111).

4.3.5.2. (Rezeptiv) reaktive EMT

Die reaktive Einzelmusiktherapie bezweckt einen gezielten emotionalen Prozess; über die affektive Reaktion (des Patienten) soll eine Auseinandersetzung mit neurotisch bedeutsamen Konfliktsituationen in Gang kommen und damit eine neurotisch blockierte und gehemmte Haltung überwunden werden.

Der Musiktherapeut verwendet nach Möglichkeit Musik, die dem Patienten nicht bekannt ist (er trifft die Auswahl jedoch selbst!). Es wird damit die Absicht verfolgt, einen stagnierten Behandlungsprozess wieder in Fluss zu bringen.

Stark affektbeladene Musik (SCHAEFER 1976, S. 17) soll als indirekte Konfrontation in ein verfestigtes Spannungsfeld von (neurotischem) Widerstand einwirken, zumal der Patient aufgefordert wird, sich der Musik völlig zu überlassen (SCHWABE 1974, 3., S. 115).

Es wird Wert auf die Feststellung gelegt, dass die Auslösung affektiver Reaktionen dann therapeutisch indiziert ist, wenn damit angestaute Konfliktbereiche gelöst werden können, deren Auflösung anders nicht möglich ist.

SCHWABE (op. cit., S. 114) empfiehlt für den Patienten das gelöste Liegen auf einer Couch; der Raum soll leicht abgedunkelt und der Wiedergabelautsprecher direkt in die Couch eingebaut sein (mit der letzterwähnten Massnahme soll erreicht werden, dass der Patient die Musikwiedergabe nicht lokalisieren kann).

Da es um die Auslösung einer affektiv-dynamischen Reaktion geht, sieht SCHWABE die reaktive Musiktherapie in ihrer Anwendung dem Psychotherapeuten vorbehalten. Immerhin besteht durch die Auslösung affektiver Erregungen "... bei nicht genügender Aufarbeitung im anschliessenden Gespräch Suizidgefahr" (vgl. SCHWABE, op. cit., S. 114).

Es versteht sich von selbst, dass eigentlich nur dann eine affektive Reaktion erwartet werden kann, wenn die für das therapeutische Anliegen verwendete Musik dem Patienten möglichst

nicht bekannt ist (also nicht gerade eine 'Lieblingsmusik!')). Wir gehen mit SCHWABE insofern einig, als das Bezugssystem zu dieser Musik durch psychopathologische Faktoren (im Sinne der neurotischen Erlebnisweise) geprägt ist. Die therapeutische Wirkung dürfte somit sehr eingeschränkt sein.

Diese kurz skizzierte reaktive Einzelmusiktherapie findet ihre Anwendung (gemäss ihrer Aufgabenstellung) in der fortgeschrittenen Zeit der retrospektiven Behandlungsphase und erweist sich nach SCHWABE als geeignet für die Behandlung chronifizierter neurotischer Störungen.

4.3.5.3. (Rezeptiv) regulative EMT

Die (rezeptiv) regulative Einzelmusiktherapie soll eine Normalisierung beziehungsweise eine Regulierung psychischer und physischer Fehlspannungen ermöglichen. Das Ziel der Methode ist aber nicht grundsätzlich 'Erschlaffung', sondern 'Verschiebung' weg von pathologisch veränderter 'Spannungslage' (SCHAEFER 1976 versteht unter dieser Methode sicher zu Recht eine abgewandelte Form autogenen Trainings, zumal unter dem beschriebenen Procedere Spannungszustände neutralisiert und damit Schwere- und Wärmeerlebnisse ausgelöst werden). Es geht bei der regulativen Einzelmusiktherapie letztlich um ein Erlernen und Praktizieren einer bestimmten Aufmerksamkeitshaltung (Konzentration ohne Willensanstrengungen), wobei "...die Aufmerksamkeit in einem Wechselspiel zwischen dem Anhören von Musik und der Beobachtung von körperlichen Phänomenen korrespondiert" (SCHWABE 1974, 3., S. 11/7).

Diese limitierte Aufmerksamkeitshaltung führt zu einer gewissen Einengung des Gesamt-Aufmerksamkeitsfeldes, die therapeutisch beabsichtigt ist.

Zur Durchführung der regulativen EMT: Der Patient wird über die therapeutische Absicht informiert und legt sich auf den Rücken, die Arme locker an den Körperseiten, die Augen geschlossen und lenkt seine Gedanken auf die Musik - ohne grosse Konzentration

und lässt seine Aufmerksamkeit im Erlebnisfeld zwischen dargebotener Musik und Körperempfinden 'flottieren'. Es empfiehlt sich eine mittlere Lautstärke und eine Behandlungsdauer von nicht mehr als ca. zehn Minuten, wobei wir in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen unter Behandlungszeiten von zwanzig bis fünfundzwanzig Minuten schon wiederholt recht gute Erfahrungen gemacht haben.

Am Schluss des (von Musik geförderten) entspannenden beziehungsweise regulativen Prozesses hat eine Zurücknahme zu erfolgen, die von SCHWABE (1974) als geniesserisches Räkeln des Körpers verbunden mit tiefem Aufatmen und Gähnen beschrieben wird (sie unterscheidet sich demnach in ihrer eher sanften Art von den von SCHULTZ (1964) geforderten kurzen, ruckartigen Beugebewegungen der Arme). Die therapeutische Wirkung sollte bereits nach den ersten Behandlungssitzungen mit dem Patienten besprochen werden, wobei das Schwergewicht sicher auf den Erlebnis schilderungen des Patienten liegt.

Im Anfangsstadium der prospektiven Behandlungsphase sollte die regulative EMT möglichst täglich erfolgen, allerdings erscheint es auch hier sinnvoll, den Patienten so weit zu instruieren, dass dieser in der Lage ist, die Therapie auch nach der Klinikbehandlung zu Hause fortzusetzen *).

Bevorzugt wird in der regulativen EMT in jedem Falle Instrumentalmusik von einheitlicher Affektlage, jedoch vielgestaltiger Melodik' (SCHWABE 1974, 3., S. 121).

SCHWABE zieht Musik mit einer klar überschaubaren Melodik einer vorwiegend impressionistischen, auf harmonische Farbwirkungen angelegten Musik vor. Dadurch wird klar, dass die (applizierte) Musik bewusst wahrgenommen werden und nicht (nur) als

*) Wir sind der Meinung, dass sich diese Äusserung SCHWABES im speziellen auf die sogenannt stationäre und klinische Behandlung bezieht und dass es dagegen in der ambulanten Behandlung sogar von grosser Wichtigkeit sein könnte, dass der Patient in einer 'vorgerückten' Behandlungsphase auch zuhause regelmässig seine Übungen macht, um den Effekt der therapeutischen Bemühungen zu verstärken.

indifferentes Stimulans "unterschwellig" wirken soll. Wir teilen diese Auffassung nur teilweise, zumal oft beobachtet werden kann, wie ein Patient auf das Unterfangen einer regulativen EMT eigentlich nur dann wirklich "einsteigen" kann, wenn die verwendete Musik irgendwie sein (eventuell alters- und entwicklungsbedingtes, eventuell neurotisch determiniertes) Bezugssystem und seine aktuelle Befindlichkeit tangiert. So muss zum Beispiel in der regulativen EMT eines Jugendlichen oder jungen Adoleszenten immerhin erwogen werden, ob diesem die geforderte Aufmerksamkeitshaltung unter klassischer oder eventuell unter sogenannten Pop-Musik besser gelinge *).

Die regulative EMT ist nach SCHWABE indiziert bei chronifizierten hypochondrischen Neurosen, Neurosen mit funktionellen Organstörungen und anankastischen Neurosen und kommt somit durch den Arzt oder den klinischen Psychologen zur Anwendung.

4.3.5.4. Ungerichtet-Rezeptive EMT

Die ungerichtet-rezeptive Einzelmusiktherapie soll zu einer verstärkten emotionalen Aktivierung des Patienten beitragen. Damit soll die Auseinandersetzung mit eigenen (Fehl)-Verhaltensweisen und -Einstellungen angeregt werden, andererseits soll auch die (ästhetische) Erlebnisfähigkeit erweitert und differenziert werden, was SCHWABE (1974) hinsichtlich einer Persönlichkeitsharmonisierung als wesentlich erachtet.

Die erforderliche Position des Patienten zum Rezipieren der Musik ist dieselbe wie in der regulativen Einzelmusiktherapie.

SCHWABE empfiehlt auch hier wieder ein klärendes Gespräch vor Beginn der therapeutischen Sitzungen, wobei auf eventuell sich

*) Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf LEUNER (1974, S. 195), der mit dem Verfahren des sogenannten musikalisch-katathymen Bilderlebens arbeitet: Auch er spricht sich eher für klassische Musik im weitesten Sinne und für Barockmusik aus und vermeidet Schlager und Volksmusik; er hält die Palette der zu verwendenden Musik jedoch enorm breit und verwendet bisweilen sogar Pop-Musik wie zum Beispiel Pink Floyd oder Zen-Meditationsmusik.

einstellende Wärme- und Schwereerlebnisse oder Müdigkeit hingewiesen werden soll. Indiziert ist die ungerichtete rezeptive Einzelmusiktherapie bei allen Formen neurotischer und funktioneller Störungen in stationärer Behandlung.

Es sei gesondert darauf hingewiesen, dass die Anwendung nicht nur in psychotherapeutischen Kliniken und Kureinrichtungen, sondern auch in Kliniken der Inneren Medizin, der Orthopädie resp. Chirurgie oder der Gynäkologie möglich ist.

SCHWABE schlägt zu enger umschriebenen Störungen und Dysfunktionen gar konkrete Vorgehensweisen und Musikprogramme vor, auf die wir hier nicht detailliert eingehen können. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf SCHWABE (1974, 3., S. 122-123).

4.3.5.5. Aktive Einzelmusiktherapie

Die aktive Einzelmusiktherapie soll zur nonverbalen Aktivierung der Gestaltungsfähigkeit beitragen und bei der Ueberwindung vorwiegend kommunikativer Störungen katalysierend wirken. Auch für SCHWABE besteht die aktive Einzelmusiktherapie in einem Dialog (in Form von gemeinsamer aktiver Musikbetätigung) zwischen Patient und Therapeut.

SCHWABE hält die aktive Einzelmusiktherapie für geeignet zur stationären Behandlung chronifizierter neurotischer Störungen (im Unterschied etwa zu WILLMS 1975 c, der psychotische Störungen unter anderem musiktherapeutisch angehen will).

Unter gemeinsamer 'Musikbetätigung' soll

- .- bei neurotisch verfestigten und anankastischen Persönlichkeiten der Aktionsradius erweitert werden,
- bei selbstwertgestörten und retardierten Persönlichkeiten das Selbstwerterleben gefestigt werden,
- und bei vorwiegend ich-gerichteten Persönlichkeiten Anpassung und Einordnung in soziale Bezüge entwickelt werden (op. cit., S. 131).

Die aktive Einzelmusiktherapie wird mit Instrumenten durchgeführt, die ein Musizieren ohne umfangreiche Fachkenntnisse erlauben. Die Wahl des betreffenden Instrumentes hat in jedem einzelnen Falle so zu erfolgen, dass das Anspruchsniveau des Patienten erreicht, aber nicht zu hoch ist. Unseres Erachtens wären allfällig vorhandene psychosomatische Störungen ebenfalls zu berücksichtigen, welche das musikalische Kommunizieren mit bestimmten Instrumenten erschweren oder gar verunmöglichen könnten *).

Um für die Mitarbeit gewonnen zu werden, ist für den Patienten der Einblick in die therapeutischen Absichten von Wichtigkeit. Dazu gehören letztlich auch die Hinweise des Therapeuten, dass für das geplante Unterfangen keine musikalischen Fachkenntnisse erforderlich seien.

Zur Durchführung gelangen zum Beispiel einfache rhythmische und melodische Uebungen, wobei der Therapeut ein Motiv vorgibt, das vom Patienten fortgesetzt, fortgeführt und gegebenenfalls gar variiert werden kann. In anderen Situationen ist das Begleiten eines vom Patienten vorgegebenen Melodie-Gefüges durch den Therapeuten denkbar (et vice versa). Soll dem Patienten die Möglichkeit eingeräumt werden, rhythmische, melodische und harmonische Zusammenhänge neu zu entdecken, dann erscheint das Spiel auf Xylophonen, Metallophonen zweckmässig, wo das Erleben und Neugestalten unterschiedlicher Intervalle besonders gut gelingt. SCHWABE erwähnt als zur Weitergestaltung direkt auffordernde Intervallcharaktere

- die hohle Oktave
- die Quinte mit der Ergänzung zum Dreiklang und dessen Bestreben zum Grundton hin etc.

*) In diesem Kontext sollte leicht einzusehen sein, dass beispielsweise einem neurotisch schwer gestörten Patienten mit psychosomatischen Beschwerden der oberen Atemwege ein Kommunizieren mit auch einfachsten Blas- oder Pfeifinstrumenten kaum zuzumuten ist.

Eine weitere Variante stellen Uebungen dar, die die Hinwendung zu einem Gegenüber, einem Partner fördern sollen. Musikalischer Dialog kann realisiert werden im melodischen Spiel auf zwei ähnlichen oder gleichen Instrumenten (zum Beispiel Xylophonen), wobei Melodieteile ergänzt werden, die in Ansätzen resp. Fragmenten vom musikalischen Partner vorgegeben worden sind.

Vorstellbar sind auch zwei-stimmiges Spielen, wo zur Leitmelodie vom Partner eine begleitende und abgestimmte Zweitmelodie entwickelt und synchron eingefügt wird sowie das Improvisieren einer Melodie respektive Tonfolge, indem jeder der Partner abwechselnd eine kurze Passage oder einen einzelnen Ton einfügt.

Diese aktive Einzelmusiktherapie wird von SCHWABE (1974, 3.), gegen Ende der retrospektiven Behandlungsphase angesetzt, kann sich aber über die gesamte prospektive Phase erstrecken (op. cit., S. 135).

Die Durchführung der aktiven Einzelmusiktherapie obliegt dem Musiktherapeuten, der jedoch in Teamarbeit mit dem Psychotherapeuten sein Aufgabengebiet absteckt (vgl. hierzu SCHWABE, op. cit., S. 131).

4.3.5.6. Gruppenmusiktherapeutische Verfahren

In gruppenmusiktherapeutischen Verfahren sollen vermehrt soziodynamische Gesetzmässigkeiten berücksichtigt werden. Jedes Gruppen-Mitglied soll in der Gruppensituation Kommunikation realisieren lernen beziehungsweise realisieren können.

In den rezeptiven Formen der Gruppenmusiktherapie sieht SCHWABE eine Möglichkeit für die Patienten, in limitierter Aufmerksamkeitshaltung Musik und Körperwahrnehmung zu erleben und im nachfolgenden Gruppengespräch die Trainingserfahrungen und -erlebnisse darzulegen.

Unter ungerichteter rezeptiver Gruppenmusiktherapie ist die Rezeption von Musik in einer unterschiedlich grossen Gemeinschaft

in einer Gruppe zu verstehen. Als Zielvorstellungen nennt SCHWABE allgemeine emotionale Aktivierung, Vermittlung von entspannungsfördernden Impulsen sowie Erweiterung und Differenzierung der Erlebnisleistungsfähigkeit. Die Anwendungsbereiche sind mannigfaltig; es ist leicht einzusehen, dass eine ungerichtet rezeptive Gruppenmusiktherapie unter anderen auch in Kureinrichtungen, Rehabilitationsstätten etc. Anwendung finden kann.

Von den aktiven gruppenmusiktherapeutischen Verfahren nach SCHWABE (1974, 3.) seien im speziellen die Gruppensingtherapie und die tänzerische Gruppenmusiktherapie hervorgehoben:

Die Gruppensingtherapie soll Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit ebenso fördern wie das Geborgenheitserlebnis, die ästhetische Erlebnisleistungsfähigkeit und das bewusste Nacherleben organisch-funktioneller Vorgänge des Spannens und Lösens. Im Besonderen hält SCHWABE das Singen von Volksliedern und Kanons für geeignet zur Behandlung von Gehemmtheit, mangelnder Kontaktfähigkeit, ich-gerichteten Haltungen, von phobischer, anankastischer und depressiver Symptomatik.

Eine Gruppensingtherapie erstreckt sich über die ganze retrospektive und prospektive Behandlungsphase. SCHWABE beruft sich auf eigene Erfahrungen und betont, dass der Gruppentherapeut neben einem hohen Mass an künstlerisch-musikalischer Gestaltungsfähigkeit auch gute Kenntnisse der Gruppendynamik besitzen muss. Immerhin ist darauf zu achten, dass einzelne Patienten mit (zu) starkem Geltungsstreben nicht so weit in den Vordergrund treten, dass sie das Gruppengeschehen an sich reißen (vg. dazu SCHWABE 1974, S. 163).

Die tänzerische Gruppenmusiktherapie steht nach SCHWABE (op. cit., S. 170) im Grenzbereich von Musik- und Bewegungstherapie und soll dazu beitragen, Lösung psychophysischer Verspannungen zu begünstigen und dynamische Interaktionen (im sozialen Bezug innerhalb der Gruppe) auszulösen. In der Gestaltung sind melodisch-rhythmische Bewegungsformen bestimmend, die ein unmittelbares (emotionales) Erleben ermöglichen können.

Wenn auch Vieles zum Themenkomplex der tänzerischen gruppen-musiktherapeutischen Verfahren noch wenig geklärt resp. gesichert scheint, so ist mit dem genannten Verfahren unseres Erachtens immerhin eine Möglichkeit angeboten, Spannung, Assoziation und Gefühlslage in Bewegung umsetzen zu können.

SCHRENK (1965) spricht sich ebenfalls für eine Musik-Bewegungstherapie aus, da sie der Bewegung, zu der jede Wahrnehmung und damit auch Musik dränge, freien Lauf gebe.

BLANKENBURG (1969) erwähnt eigentliche Tanzstunden an psychiatrischen Kliniken; bei Schizophrenen sollen sich im speziellen Barock- und Renaissance-Tänze bewährt haben *).

Die gerichtete aktive Gruppenmusiktherapie nach SCHWABE (1974, 3.) unterscheidet sich insofern von anderen Gruppenverfahren (beispielsweise ALVIN 1966) als das Einbeziehen von Instrumenten vielmehr von der Hinwendung zu innersozialen kommunikativen Beziehungen ablenke, als dass es sie fördere (op. cit., S.147; der Autor beruft sich dabei auf Erfahrungen, die er aber leider nicht näher ausführt).

In der ungerichtet aktiven Form der Gruppenmusiktherapie geht es nach SCHWABE (1974, 3.) weniger um die Auseinandersetzung mit neurotischen Haltungen, sondern vielmehr um eine allgemeine körperliche und psychische Auflockerung sowie Aktivierung von Gemeinschaftsinteressen, Erlebnisbereitschaft etc.

Eine Verwendung von Instrumenten empfiehlt sich allenfalls in kleineren Gruppen bis zu zehn Teilnehmern (in diesem Zusammenhang spricht SCHWABE von psychiatrischen Patientenclubs).

*) Wir können uns diesbezüglich nicht auf viele Erfahrungen berufen. Immerhin möchten wir betonen, dass an psychiatrischen Kliniken immer wieder mit Erfolg Tanzabende und interne Parties durchgeführt werden. An solchen Veranstaltungen konnte zum Beispiel beobachtet werden, wie üblicherweise massiv gehemmte und zurückgezogene Persönlichkeiten plötzlich zur Bewegung, zum Mitagieren und vereinzelt sogar zum Sprechen fähig waren. Interessanterweise gestaltete sich das Geschehen auf der Tanzfläche oftmals lebendiger unter älteren Tanzrhythmen und -Figuren (wie zum Beispiel Foxtrott, One step, Marsch, Walzer) als vergleichsweise bei Beat oder sogenannten Free dances.

Für das Kanonsingen und den Kanontanz ist eine Gruppenstärke von dreissig bis achtzig Teilnehmern geeigneter, da eine grössere Gruppe eher zu einer aktiven Beteiligung zu bringen ist als eine (zu) kleine.

In einer gerafften Zusammenfassung halten wir fest:
in allen aktiv gruppenmusiktherapeutischen Verfahren steht die Betätigung der Patienten im Vordergrund, wobei im Zusammenwirken respektive Zusammenspiel sowohl Geborgenheit in der Gruppe als auch das Sich-einordnenkönnen in eine Gemeinschaft erfahren beziehungsweise gelernt werden soll.

4.4. PRINZIPIEN UND RAHMENBEDINGUNGEN DER MUSIKTHERAPEUTISCHEN SITUATION

Es mag bei der Vielfalt und Vielschichtigkeit musiktherapeutischer Verfahrenstechniken und Zielvorstellungen fast unmöglich erscheinen, zu allgemein gültigen Aussagen beziehungsweise Hypothesen hinsichtlich Betätigung zu gelangen.

Die therapeutische Situation orientiert sich an diagnostischen Erkenntnissen, Zielvorstellungen und nicht zuletzt an der aktuellen Situation des Patienten.

Wenn Musikrezeption beziehungsweise musikalische Betätigung therapeutisch wirken soll, dann muss Absicht, Procedere und "Material" auf das 'hier und jetzt' auf die Verfassung des Patienten hin orientiert sein.

ILLING und BENEDICT (1958, S. 28) weisen in diesem Zusammenhang auf das sogenannte Iso-Prinzip hin, dem sicher besondere Bedeutung zukommt: "... ist die Stimmungslage der jeweils verwendeten Musik in Tempo, Tonstärke und Rhythmus derjenigen des Patienten gleich (iso), so spricht man aufgrund dieser Ueber-einstimmung vom Iso-Prinzip." Die Autoren berufen sich auf klinische Erfahrungen von ALTSHULER, die zeigen, dass Stimmung und geistige Verfassung dann leichter von Musik beeinflusst

werden kann, wenn die Angleichung von Musik an die gegenwärtige Verfassung des Patienten möglichst gross ist. SCHINDLER (1973) warnt explizit vor dem Fehler, Stimmungen mit 'gegenteiligen Motiven' bekämpfen zu wollen (dies würde etwa bedeuten, einem depressiv gestimmten Menschen 'lustige' Musik darzubieten!): "Der Depressive wird in seiner Bedrücktheit für die lustige Musik gänzlich unzugänglich sein, ja er wird dieses Nicht-mitgehenkönnen fühlen und als Bestätigung seines Elends werten ..." und: "Man muss versuchen, der Stimmung des Kranken zu begegnen" (op. cit., S. 114).

ALVIN (1973, S. 74) spricht in diesem Kontext von der Möglichkeit zur Identifizierung mit der Musik. Dieses Iso-Prinzip ist in rezeptiven wie auch aktiven Formen der Musiktherapie von Bedeutung, wobei wir hervorheben möchten, dass zum Beispiel in aktiver Musiktherapie auch unbedingt darauf zu achten wäre, dass die Zuteilung oder Wahl eines Instrumentes möglichst mit den Fähigkeiten und der aktuellen Befindlichkeit des agierenden Patienten korrespondiert.

Es finden sich unzählige Empfehlungen zum Problem der optimalen Kongruenz von Musik und aktueller Befindlichkeit, sodass wir nicht näher darauf eingehen können. Zumeist wird auf Tongeschlecht (Dur/Moll), auf Konsonanz beziehungsweise Dissonanz und auf das Tempo hingewiesen.

Erst die Erfahrung der letzten Jahre in der musiktherapeutischen Behandlung schwer autistisch und schizophren Kranker hat gezeigt, dass zumindest die Ansprechbarkeit solcher schwerst gestörter Persönlichkeiten durch allzu differenzierte, fremde und komplizierte Harmonien und Rhythmen stark vermindert sein kann. Einfache, deutlicher erkennbare Harmonien und (allenfalls reproduzierbare) Rhythmen sind deshalb vorzuziehen.

Und trotz des von ALVIN (1973) beobachteten und beschriebenen Phänomens (einer persönlichen Affinität zu Klangfarbe, Frequenz, Tonart etc.) muss nicht nur von Fall zu Fall (das heisst individuell), sondern in jeder musiktherapeutischen Begegnung von

neuem untersucht und entschieden werden, welche Musik auch wirklich Eingang findet und der aktuellen Verfassung im Sinne grösstmöglicher Kongruenz entspricht.

Einzig in der rezeptiv-reaktiven Einzelmusiktherapie nach SCHWABE darf der Identifikation des Patienten mit der dargebotenen Musik keine besondere Beachtung geschenkt werden. SCHWABE vertritt darüber hinaus auch noch die Ansicht, 'dass die verwendete Musik dem Patienten mit Vorteil nicht bekannt sein sollte (....), da sonst das Bezugssystem (zu dieser Musik; von uns hervorgehoben) durch die neurotische Erlebnisweise determiniert würde' (SCHWABE, CH.: 'Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen', 1974, 3., S. 116).

Beim Level-Prinzip handelt es sich dagegen um eine Stufung der Musik innerhalb rezeptiver Verfahren; dabei wird davon ausgegangen, dass durch das gezielte und gestufte Anbieten von Musik verschiedenster Charakteristik verschiedene Schichten der Persönlichkeit angesprochen werden könnten:

In einer ersten Stufe soll durch ein einfaches Lied beim (beispielsweise psychotischen) Patienten Interesse beziehungsweise Aufmerksamkeit geweckt werden, wogegen in einer zweiten Stufe rhythmisch betonte Musik Instinkt-Sphären berühren und aktivieren soll. Eine folgende dritte Stufe wird von sogenannter Stimmungsmusik - heiter oder traurig - getragen, um schlussendlich von einer vierten und letzten Phase abgelöst zu werden, in welcher sogenannte Programm-Musik dargeboten wird, die Assoziationen fördern soll (nähere Angaben siehe ILLING und BENEDICT 1958, S. 29).

Wir vermissen in bisherigen Publikationen den expliziten Hinweis auf ein wesentliches Charakteristikum therapeutischen Wirkens; wir meinen damit die geschaffene Situation, welche frei von alltäglichen, altbekannten und eventuell sogar pathogener Verhaltens-Anforderungen (an die Adresse des leidenden Individuums) sein sollte. Dieser Aspekt erscheint uns speziell im Hinblick auf eine aktiv-kommunikative Musiktherapie von grosser Wichtigkeit. Kommunikationsförderung kann zugegebenermassen

im Interesse des Patienten liegen; andererseits darf auch der Faktor des Erfolgszwanges (seitens des Therapeuten) nicht unterschätzt werden (beispielsweise: 'Mein Auftrag, meine Aufgabe besteht darin, aus dem zurückgezogenen, isolierten und mutistischen Patienten und Partner einen kommunizierenden und handelnden zu machen').

Rhythmisches und/oder melodisches Kommunizieren (im Sinne von 'Dialog', 'Rede und Gegenrede') kann durchaus zu früh angestrebt werden, so dass es vom Patienten und Partner als forciert und unerträglich erlebt wird: man erwartet ja schon wieder etwas von ihm *).

Auch die therapeutische Arbeit mit Kindern zeigt immer wieder, dass die Rolle des Therapeuten nicht die des Organisators und (kommunikativen) Führers sein soll, sondern vielmehr diejenige des Animators und (kommunikativen) Katalysators. Struktur in irgend einer Form kann und muss gelegentlich angeboten werden, doch soll für das Geschehen im therapeutischen Prozess das Angebot und Procedere verbindlich und entscheidend sein, das vom Kind oder von der Kinder-Gruppe her kommt (vgl. dazu auch SCHAEFER 1976, S. 49).

Wenn therapeutisches Handeln schöpferische Impulse freisetzen soll, dann kann dies nur in einem adaequaten Freiheitsbereich geschehen. Dies hat nicht zuletzt auch hinsichtlich kommunikativen Verhaltens seine Gültigkeit. Es soll also die Möglichkeit geboten werden zu kommunizieren, vorderhand (noch) nicht zu kommunizieren oder dies auf eine verfremdet-'zensurierte' und damit gelegentlich uneinfühlbare Art zu tun.

Wir plädieren deshalb für die Einführung des Begriffes einer optimalen kommunikativen Freiheit; diese kommunikative Freiheit

*) Siehe auch HENGESCH 1974 a, S. 229: 'Der Patient (.....) kommt aus dem Takt, er spielt haarscharf an mir vorbei. Auch wenn ich immer wieder versuche, mein Metrum anzugleichen, weicht er mir um ein Winziges aus'. 'Gemeinsames Betätigen von Musikinstrumenten ist noch erträglich, im gemeinsamen Metrum zu spielen, ist zuviel.'

wäre unseres Erachtens in allen aktiven und rezeptiven Formen der Musiktherapie - mit Ausnahme einer reaktiv-rezeptiven Musiktherapie (nach SCHWABE 1974) - unbedingt vermehrt zu verwirklichen. Wir denken dabei an Gestaltungsfreiheit seitens des Patienten in aktiven Formen musiktherapeutischen Handelns einerseits und an vermehrtes Miteinbeziehen von Musikwünschen des Patienten in rezeptiven Verfahren andererseits (was allerdings eine kritische Prüfung des Anliegens durch den Therapeuten nicht überflüssig macht).

4.5. MUSIKTHERAPIE ALS PSYCHOTHERAPIE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Es ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich, auf eine Anthropologie und Psychologie des Kindes und Jugendlichen näher einzugehen. Und doch wird durch ein mehr oder weniger in sich geschlossenes Kapitel wie das vorliegende deutlich, dass therapeutisch-psychologisch-pädagogisches Bemühen bei Kindern und Jugendlichen zumindest in neuerer Zeit ganz oder teilweise andere Wege beschreitet als das helfende, stützende und (im weitesten Sinne) fördernde Arbeiten mit Erwachsenen.

Bei einem kurzen Zurückschauen auf vergangene Epochen und Jahrhunderte fällt auf, dass ein Verständnis kindlichen Daseins, eine Anthropologie des Kindes nicht existierte. Es mutet so an, als sei Kindheit bis vor nicht allzu langer Zeit ausschliesslich als Vorbereitungs- und Entwicklungsphase hinsichtlich des Erwachsenenendaseins erlebt und interpretiert worden *).

*) Siehe auch: DESBIOLLES, C.: Psychologie und Psychohygiene von der Geburt bis zum Kindergartenalter.
Referat "Mütterabend Horgen", 16.11.1978

Dieses Unverständnis oder vielmehr Fehlverständnis zeigt sich unseres Erachtens in historisch belegten und überlieferten Begebenheiten wie zum Beispiel der Verheiratung adeliger Kinder im Interesse der Kindeseltern - beispielsweise um Macht oder Ländereien zu gewinnen; aus späteren Jahrhunderten stammen Berichte, die über die (Aus)-Nutzung kindlicher Arbeitskraft im Interesse industrieller Effizienz (zum Beispiel Produktions- und Umsatzsteigerung) keinerlei Zweifel offen lassen.

Die Einsicht ist noch nicht alt, dass das Wesen des Kindes nicht in dessen Tätigkeit, nicht in einem "Zweck" und nicht nur in einer über das Kind hinausweisenden Bedeutung liegt.

Einen Wendepunkt des Verstehens kindlicher Existenz und Wesenheit brachten erst die 'fundamentalen' Ansätze bedeutender Persönlichkeiten wie J.J. ROUSSEAU (1712-1778), J.H. PESTALOZZI (1746-1827) und in gewissem Sinne auch R. STEINER (1861-1925).

An anderer Stelle wurde darauf hingewiesen, dass sich eine spezielle Kinder- und Jugendpsychologie resp. -psychiatrie überhaupt erst im 20. Jahrhundert entwickelte und etablierte. Somit wird verständlich, dass es sich bei allem fördernden, helfenden und therapeutischen Handeln mit Kindern noch immer mehr oder weniger um ein "Sich-in-Neuland-bewegen" handelt.

Wir haben in der vorliegenden Arbeit bisher den Versuch unternommen, die Bedeutung des Phänomens Musik für das hörende oder agierende Individuum überhaupt darzulegen und wir vertreten darüber hinaus die Ansicht, dass die skizzierten Ueberlegungen auch für das therapeutisch-helfende Handeln in Sonderpädagogik und Kinderpsychiatrie ihre Gültigkeit haben.

Musik oder vielmehr musikalisches Handeln ist zu allen Zeiten, in allen Kulturen und Epochen nachweisbar. Insofern scheint uns die Feststellung, Musik sei 'eine menschliche Notwendigkeit', durchaus vertretbar.

Da musikalisches Agieren und Rezipieren einerseits zu den wichtigsten Bedürfnissen menschlicher Individuen gehört und andererseits Bestandteil von Enkulturations- sowie Erziehungsprozessen

ist, erscheint es legitim und sinnvoll, sich der Musik (beziehungsweise des musikalischen Handelns und Erlebens) auch mit helfend-therapeutischer Zielsetzung bedienen zu wollen.

Den unzählbaren Erfahrungen von Eltern, Erziehern und Lehrern zufolge erweist sich Musik als geeignet und oftmals geradezu ideal für das Handeln gegenüber beziehungsweise mit dem Kind. Wir sehen in der Musik eine grundlegende und herausragende Möglichkeit zum individuellen Ausdruck von Befindlichkeit, Emotion und Intention; Musik stellt also eine Art transformierte Ausdrucksform dar, der das Kind in einer fast ausschliesslich auf das Erwachsensein ausgerichteten Welt dringend bedarf.

Reflektiert man kurz die Entwicklung und Etablierung therapeutischen Handelns, so fällt auf, wie sich im Laufe vergangener Jahrzehnte um die orthodoxen Behandlungsmethoden*) zusehens solche Verfahren gruppierten, die mit dem Ausdrucks- und Gestaltungsvermögen und -streben des Menschen in engstem Zusammenhang stehen. Wir erwähnen in diesem Kontext die Maltherapie, das Psychodrama, das Gestalten mit diversen Materialien sowie die Tanz- und Bewegungstherapie. In diese Gruppe therapeutischer Verfahren gehört unseres Erachtens auch die Musiktherapie.

4.5.1. Musik als beziehungsstiftendes und anregendes Element beim Kinde

Es bedarf keiner grossangelegten empirischen Untersuchungen, um zur Feststellung zu gelangen, dass sicher jeder Mensch irgendwann in seinem Leben - sei es in Elternhaus oder Schule - mit der Musik in Berührung kommt.

*) Wir denken hierbei an psychoanalytische und tiefenpsychologische Verfahren, Verhaltensmodifikation, Gesprächspsychotherapie, Psychopharmakologie und andere mehr.

METZGER (1971), der unter anderem die Frage einer eventuellen 'kulturellen Vernachlässigung' heutiger Kinder und Kleinkinder untersucht *), stellt zwar fest, dass in den Kindergärten noch gesungen wird und beliebte Tanzspielchen noch gepflegt werden, dass aber die Familien (in ihrer musikalischen Betätigung) weitgehend verstummt seien: '.... in den Familien jeder Preisklasse ist vergessen worden, was für eine gemeinschaftsbildende Kraft die Beherrschung einfacher Melodieinstrumente besitzt und welche Beglückung das gemeinsame Musizieren vermittelt - etwa mit der Blockflöte - die ein halbwegs begabtes Kind schon mit fünf Jahren erlernen kann' (op. cit., S. 54).

Wir glauben allerdings, dass das Wissen um die positive weil beziehungsstiftende Potenz musikalischer Aktivität auch in den Schulen etwas in Vergessenheit geraten ist.

THIELEPAPE (1980) weist darauf hin, dass Musik Gruppenerlebnisse mehr fördert, als dies gemeinsame visuelle Eindrücke tun können. JOSEF (1968) untersucht die Wirkungen 'selbsttätiger Musik' auf das Soziogramm einer Hilfsschulklasse (da für ihn die gemeinschaftsfördernde Wirkung der Musik in der einschlägigen Literatur zwar behauptet, aber kaum bewiesen werde). Dabei wird untersucht, ob die tätige Musikausübung in der erwähnten Klasse zu vierundzwanzig Jugendlichen deren Soziabilität steigert und sich auch irgendwie im Soziogramm der Klasse niederschlägt.

Zusammenfassend halten wir fest, dass JOSEF in der vorliegenden experimentellen Arbeit die Hypothese "Musikbetätigung steigert die Gemeinschaftsfähigkeit" bestätigt findet. Zwar kann nicht von einer Steigerung der Äusserungsbereitschaft schlechthin gesprochen werden, aber es zeigt sich, dass musikalische Aktivität die Zuwendungen innerhalb eines Kollektivs erhöht und die Abwendungen verringert.

*) Vgl. dazu auch MEIER, A.: ".... Kleinkindern wird zwar bereits im zartesten Baby-Alter das Schwimmen beigebracht, kreative Fähigkeiten aber traut man ihm in der Regel erst im Kindergartenalter zu" (in Züri Leu, 12. Oktober, Zürich 1979, S. 45).

Dass diese gemeinschaftsbildende Potenz musikalischer Betätigung für das Arbeiten mit Kindern von grundlegender Bedeutung ist, zeigt sich beispielsweise im Ansatz der ORFF-Musiktherapie (die sich bekanntlich organisch aus dem ORFF-Schulwerk entwickelt hat): Es ist die Idee des ORFF-Schulwerks, dem Kind eine vollständige Dimension 'Musik' zu schaffen, in der sich das Kind ausdrücken, sich erleben, in Gemeinschaft Musik machen kann. (ORFF 1974, S. 14).

4.5.2. Therapie bei Kindern als umfassende, 'mehrdimensionale'

Massnahme

Wer therapeutisch oder pädagogisch mit Kindern arbeitet, ist immer wieder erstaunt darüber, wie diese Kinder sich selbst, einen Partner oder überhaupt die Welt um sich herum erleben. Wie sehen beim Kinde im Laufe seiner Entwicklung eine sukzessive und fortschreitende Umstrukturierung und Differenzierung seiner inneren vitalen 'Organisation'. Wir wollen diesen fortlaufenden Prozess sehr allgemein als Erhellung des Ich-Bewusstseins definieren; es werden Wahrnehmungen verfeinert und Fähigkeiten beziehungsweise Fertigkeiten erworben, die einen anderen Blick, eine andere Perspektive in die Welt mit sich bringen. Die Bewältigung und Interpretation dieser jeweils neuen Welt zeigt sich in Phantasien, Spielen und gegebenenfalls in Äusserungen, wobei sich kleine von grösseren Kindern ganz erheblich unterscheiden. Wenn ZULLIGER (1970) - bezugnehmend auf kleine Kinder - von prälogischen, magischen beziehungsweise animistischen Denkkategorien spricht, dann soll daraus deutlich werden, dass die Denk- und Erlebensweise von Kindern je nach Alter ganz oder teilweise anderen Gesetzmässigkeiten unterliegt als diejenige des Erwachsenen. Das heisst: Die Welt und das eigene Selbst werden anders erfahren und gegebenenfalls interpretiert; Die Gesamtheit von - für den Erwachsenen vielleicht unzusammenhängenden - Eindrücken erscheint als komplexe Welt. Soll diese

Welt erfahren und "bewältigt" werden können, dann muss das Kind sie mit seinen Mitteln, mit seiner Perspektive darstellen und sichtbar resp. greifbar machen. Dies zeigt sich in ein-drucksvoller Art und Weise auch im Problem- und Konfliktlösungsverhalten: Währenddem das erwachsene Individuum mit seinen logischen und oft antizipierenden Denkopoperationen Lösungswege sucht, durchschreitet das Kind seine Welt im Spiel, wo Konflikte und Spannungen, Affekte und Ängste dargestellt, externalisiert und somit 'entschärft' werden. Belastendes, Unbewusstes kann dargestellt, das heisst im Bild, in der Szene, im Kasperle-Spiel sichtbar werden.

Immer wieder ist feststellbar, wie dabei das ganze Kind mit all seinen Fähigkeiten aber auch allen perzeptiven Funktionen agiert und die Spiel- beziehungsweise Therapiesituation erlebt.

Will beispielsweise die beängstigende Situation der Einschlafphase, der Dunkelheit in der Spieltherapie dargestellt und re-aktualisiert werden, so verlangt das Kind kategorisch vom Therapeuten, dass er das Zimmer optimal verdunkelt. Der Junge, der den strafenden Polizisten darstellen und durcherleben muss, begnügt sich nicht mit dem Spielzeuggewehr in der Hand, damit er schießen kann. Er muss Polizist sein, vom Gegenüber als solcher erkennbar sein; so stöbert er in der Schublade mit den Kleidern, Hüten etc. herum, bis er seine Kopfbedeckung findet, die ihn als Polizisten unmissverständlich kennzeichnet.

Das kleine, von Angstträumen geplagte Mädchen muss die immer wiederkehrende Horrorgestalt in jedem kleinsten Detail zu Papier bringen, sie anmalen und nachher den gefährlichen Mund noch weiter öffnen lassen (denn erst der geöffnete Mund ist ein gefährlicher Mund!). Das Aufhängen an der Wand folgt nur Sekunden später. Was aber Angst macht, das ist auch böse und so muss es gemartert, zerstört werden. Mit Gewalt und Vehemenz schlägt das 'zarte' Kind auf die sichtbar gemachte Schreckensgestalt ein, bis nur noch Papierfetzen von der Wand herunterhängen.

Der gehemmte Junge, der den Verlust einer geliebten Beziehungsperson nicht überwunden resp. verarbeitet hat, zeigt im Sandspiel, 'dass es in ihm brodelt und kocht' und errichtet einen Vulkan, der bald ausbrechen werde. Allein - die Darstellung genügt nicht, die Situation von Aufruhr, von innerer Spannung, muss für Kind (und Therapeut) deutlicher werden. Es versteht sich von selber, dass oben auf der Vulkanspitze ein kleines Feuerchen brennen muss und dass dieses Feuer noch mit halbnassen Karton-Fetzchen 'genährt' wird, damit die beengende, stickige Atmosphäre auch für den Spielpartner, für die 'Welt' zum Ausdruck gelangt.

Der intelligente und spontane Junge, der endlich seine Selbstsicherheit wieder gewonnen hat und sich der Umwelt gegenüber wieder verständlich machen, das heisst mitteilen kann, scheint dies - fast als Abschluss und Therapiekontrolle - überprüfen zu wollen: Er 'entdeckt' in einer folgenden Therapiestunde die beiden Xylophone, die - allerdings schon seit Jahren - gut sichtbar im Zimmer liegen, bringt sie zum Tisch, beginnt zuerst allein vor sich hin zu improvisieren und fordert dann plötzlich den Therapeuten auf, mit dem zweiten Instrument dasselbe zu tun. Schon nach wenigen Minuten kommt der Auftrag, die kurzen improvisierten Tonfolgen des kleinen Patienten nachzuspielen. Die Freude ist gross; der Junge kann feststellen, dass sein Partner genauinhört, denn er spielt die vorgegebenen Tonfolgen genau nach. Man wird also verstanden! Die Verständigung spielt, sogar in einem unüblichen Modus.

Mit diesen kurzen Schilderungen soll gezeigt werden, dass das Kind umfassend darstellen und erleben will: Angst und Unsicherheit, Affekt und Wunsch müssen konkretisiert und präsentiert werden können. Oftmals scheint für das Kind die 'Penetranz' des darzustellenden Phänomens nicht genügend gross zu sein, wenn nur gemalt, nur gesprochen, nur motorisch agiert oder nur gespielt wird. Penetranz muss dann durch eine Verdichtung, durch eine Ballung von Darstellungsmodalitäten erreicht werden.

Wenn ZULLIGER zum in der Therapie verwendeten Spielzeug sagt, es solle der schöpferischen Phantasie der Kinder so wenig wie möglich Grenzen setzen (ZULLIGER 1970, S. 67), dann möchten wir diese Forderung auch für die Darstellungs- und Aktionsmöglichkeiten in der therapeutischen Situation aufrecht erhalten: Die therapeutische Situation soll es dem Kind erlauben, sich, seine Welt und die Probleme auf verschiedene Art und Weise darzustellen. Im Modus der Darstellung sollen dem Kind so wenig wie möglich Grenzen gesetzt werden.

Wir möchten dies in einer einfachen Skizze darstellen:

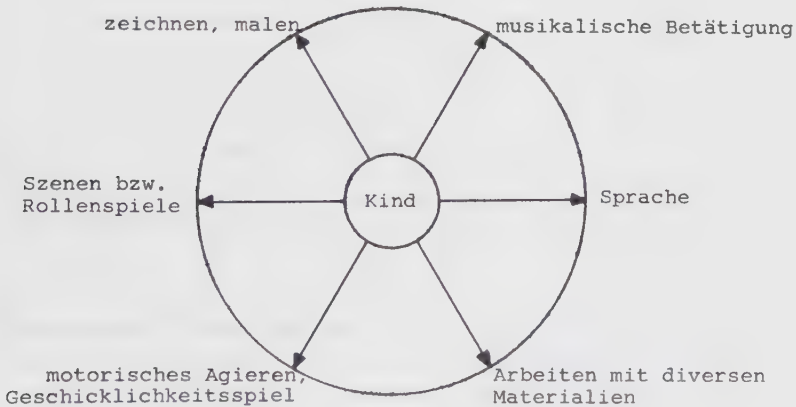


Abb. 3: Die Erfahrungs- und Darstellungsmodalitäten in der therapeutischen Situation bei Kindern

Wir begreifen deshalb Musiktherapie als eine von mehreren möglichen Massnahmen, um einerseits Konfliktmaterial darstellen zu können und um andererseits neue Erfahrungen und Verhaltensweisen zu vermitteln. Musiktherapie kann andere therapeutische Bemühungen unterstützen, gegebenenfalls verstärken oder zeitweise ablösen.

4.5.3. Musiktherapeutische Verfahren und ihre Anwendbarkeit in der Arbeit mit Kindern

Zahlreiche Autoren der einschlägigen Literatur äussern sich zur Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Wir verweisen in diesem Kontext auf die einschlägige Literatur *) zu diesem Themenkomplex.

Musiktherapie (in Kinderpsychiatrie und Sonderpädagogik) ist meistens aktive Musik- oder Musik-Bewegungstherapie (im Einzel- oder Gruppenverfahren). Die rein rezeptive Musiktherapie zielt eher darauf ab, Aktivitätsniveaus zu beeinflussen oder konkrete Leistungssteigerungen zu erzielen (vgl. STROBEL/HUPPMANN 1978, S. 136) und scheint in der entsprechenden Literatur (der Arbeit mit Kindern) eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Trotzdem möchten wir betonen, dass eine kommunikative oder regulative Einzelmusiktherapie sensu SCHWABE 1974 durchaus ihren Platz im therapeutischen Handeln mit Kindern oder Jugendlichen haben kann. OY und SAGI (1975) sehen den Sinn von Musikdarbietungen in einer möglichen Beruhigung oder Hebung der Stimmungslage zu Therapiebeginn.

Die musiktherapeutischen Verfahren werden bei Kindern sehr häufig isoliert - aber jeweils doch in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingeordnet - zur Anwendung gebracht. Dies mag in einer aktiven Einzelmusiktherapie auch gut realisierbar sein; beim Arbeiten mit Kindergruppen jedoch ist immer wieder feststellbar, wie musikalische Aktivität hin und wieder in den Hintergrund tritt, um von szenischen Spielen oder Gesprächsphasen unterbrochen zu werden. Wir sehen in einer Musiktherapie deshalb eher ein Procedere, das andere Verfahren kurzfristig ablösen oder ersetzen, gegebenenfalls aber auch 'untermauern' oder gar verstärken kann (wir

*) DREIKURS 1958; KOENIG 1958; KOFFER-ULLRICH 1960; ALVIN 1966, 1973 a+b, 1975 b; HIRSCH 1966; NEIKES 1969; WOLFGART 1971; ORFF 1971, 1973, 1974; GECK 1973; BAECHLI, BENENZON, FLOREZ, NAVILLE, RETT, SCHINDLER, SIEGENTHALER (alle in PAHLEN 1973); KRIMM-von FISCHER 1975 a+b; NORDOFF und ROBBINS 1975; SCHAEFER 1976; ZUCKRIGL 1976.

denken dabei an die Produktion akustisch-tonaler 'Kulissen' als Verstärkung zu einem szenischen Geschehen).

Zur Behandlung autistischer und kindlich-schizophrener Störungen erscheint eine aktive Einzelmusiktherapie nahezu prädestiniert (vgl. GECK 1973). Dabei geht es sicher um die Schaffung erster grundlegender und nicht belastender Kontakte, was nach ALVIN (1975 b) allerdings nur unter Beibehalten einer 'gleichbleibenden Linie' möglich ist. Diese gleichbleibende Linie kann als Beständigkeit (nicht aber als Automatismus!) musikalischer und persönlicher Beziehungen charakterisiert werden. Insofern nimmt die Musiktherapie bei der Behandlung der oben beschriebenen Störungsformen eine Sonderstellung ein.

4.5.4. Drei kasuistische Beiträge zum Problem des musiktherapeutischen Einsatzes

Nach einer gerafften Darstellung neuerer musiktherapeutischer Konzepte und Modelle sei unser Verhältnis zur Musiktherapie anhand von drei Falldarstellungen kurz dargestellt. Dabei wird deutlich werden, wie sich unsere Auffassungen zur Musiktherapie partiell mit jener früherer Autoren in Kongruenz befinden, gelegentlich aber auch erheblich davon abweichen (vor allem was das praktische Vorgehen betrifft).

Ein Beispiel zur aktiven (kommunikativen) Einzelmusiktherapie

Marco, ein ca. neunjähriger Junge, wird zur kinderpsychiatrisch/kinderpsychologischen Untersuchung gebracht wegen Verhaltensauffälligkeiten, die von den Eltern wie folgt beschrieben werden: Konzentrationsstörungen, Ablenkbarkeit, Unruhe, Affektinkontinenz, Frustrationsintoleranz. Die Untersucher stellen ähnliches fest, kommen aber je länger desto mehr zur Ueberzeugung, dass der Junge bei - (fast allzu) - guter Anpassung gehemmt, ängstlich und selbstunsicher ist (dies zeigt sich in den Testbefunden dann auch deutlich). Mit seinen überschüssenden

Affekten stösst er bei seinen Spiel- und Schulkameraden auf wenig Gegenliebe und Verständnis. Im Familienverband ist er nicht nur der weitaus Jüngste, sondern auch rein körperlich der mit Abstand Kleinste. Nach einer eingehenden Prüfung der aktuellen Situation wird folgendes deutlich: Für den kleinen Patienten ist jede Situation durch ein wesentliches Charakteristikum determiniert: Wo Marco auch hinkommt, mit wem er sich auch abgibt, immer scheint er der 'Kleine' oder der Aussenseiter zu sein. Sein Selbstwertgefühl ist gestört und sein Image bei andern ist ihm zuwenig klar: er weiss nie, was 'man' von ihm hält.

Mit der Zeit beginnt er ein kompensatorisches Verhalten an den Tag zu legen, er wird unruhig, nervös und betreibt verständlicherweise Image-Optimierung. Da er nicht weiss, ob er auf andere Kinder auch furchteinflössend wirken kann, wagt er die offene Konfrontation mit ihnen verständlicherweise nicht, sondern neigt zu 'Hinterrücks-Reaktionen', die ihn aber überall nur noch mehr in Misskredit bringen.

Nach der eingehenden psychiatrisch-psychologischen Untersuchung kommt das Untersucher-Team zum Schluss, dass die direkten (neurotoiden) Reaktionen ambulant therapeutisch anzugehen seien, allerdings verbunden mit einer intensiven Beratung der Eltern.

Die Therapie verläuft zuerst ganz auf der Spielebene, und gelegentlich beginnt Marco bereits mit Geschicklichkeitsspielen, die im Laufe der Therapie immer mehr zu eigentlichen Wettbewerbsituationen werden. Er bekommt langsam Mut, sich mit anderen, mit dem Therapeuten zu messen.

Im Laufe der Therapie verändert sich auch Marco's Verhältnis zur Musik. Er spielt zuhause und in der Schule Blockflöte und trägt sich sogar mit dem Gedanken, bald einmal Querflöte spielen zu lernen. In der Therapie wendet er sich hin und wieder

einfachen Instrumenten wie Glockenspielen, Trommeln und Xylophonen zu und produziert dann Ton- oder Rhythmus-Folgen. Zu diesem Zeitpunkt schlagen allerdings noch alle Versuche des Therapeuten fehl, die Musik wirklich ins therapeutische Geschehen miteinzubeziehen.

Ueber längere Zeit bleibt bei Marco noch eine gewisse Angst erhalten: die Angst nämlich, eventuell missverstanden zu werden. Allgemein beurteilt man die Situation 'von aussen her' besser: Der Junge kann sich weit besser ausdrücken als vor Therapiebeginn. In einer nächsten Therapiephase wird im freien Spiel, im motorischen Agieren bei Geschicklichkeitsspielen und dann auch im Gespräch das Problem der kommunikativen Sicherheit bearbeitet. Währenddem der Therapeut seine Bemühungen bereits (etwas voreilig) von Erfolg 'gekrönt' sieht, beurteilt der junge Patient die Situation offenbar noch anders - wenigstens vorläufig: Es macht den Anschein, als wolle er eine Art Kontrolle des therapeutischen Geschehens haben. Er 'entdeckt' in einer folgenden Therapiestunde die beiden Xylophone, die - allerdings schon seit Jahren - gut sichtbar im Zimmer liegen, bringt sie zum Tisch und beginnt zuerst allein vor sich hinzuspielen (er improvisiert). Plötzlich fordert er den Therapeuten auf, mit dem zweiten Instrument dasselbe zu tun und nach wenigen Minuten kommt der Auftrag an den Therapeuten, die kurzen, improvisierten Tonfolgen des Patienten nachzuspielen. Die Freude von Marco ist gross. Er stellt fest, dass sein Partner genau hinhört, denn er spielt die vorgegebenen Tonfolgen genau nach. Man wird also verstanden! Marco macht die Erfahrung, dass die Verständigung spielt, sogar in einem unüblichen Modus.

Ein Beispiel zur rezeptiven Einzelmusiktherapie als Begleitmassnahme zur Gesprächspsychotherapie

Peter, ein eher scheuer und fast überhöflicher Bursche scheint sehr deprimiert zu sein. Schüchtern erscheint er zur Therapie, so als befürchte er, gescholten zu werden. Das Untersucher-Team hat bei ihm schon vor einiger Zeit eine neurotische Persönlichkeitsentwicklung festgestellt.

Peter ist bis in die Pubertät eigentlich permanent überfordert worden. Nun ist er nach einer schweren Krise erneut in Therapie, nachdem ihn die Eltern dazu haben motivieren können. Anfänglich ist er kaum in der Lage, mit Worten auszudrücken, was ihm Sorgen macht oder wie er sich fühlt. Oftmals kann der Therapeut nur durch gezielte Rückfragen einige Problemkreise des Jugendlichen erfassen.

Neben dem depressiven Zustandsbild kommen im Laufe der nächsten Wochen und Monate auch kompensatorische Haltungen und Mechanismen zum Vorschein. Peter, der selber seine Fähigkeiten nicht allzu realistisch einschätzen kann, aber die Folgen seiner permanenten Ueberforderung deutlich spürt, kann immer deutlicher mitteilen, wie er sich selber anders haben, anders erleben möchte. Er sieht sich in Phantasie und Tagträumen als zur Weltelite zählender Hochleistungssportler, den man bewundert, vor dem man Achtung hat. Er beschäftigt sich gelegentlich fast Tag und Nacht mit dem Gedanken, bald ein geachteter und berühmter Draufgänger zu sein.

Ein früherer Therapeut hat ihn ermuntert, diese Gedanken und Phantasien zu Papier zu bringen, und der neue Therapeut empfiehlt dies vorderhand auch. Es gelingt zwar auf diesem Wege, vermehrt Aufschluss zu erhalten über die Situation des Patienten einerseits und die Kompensationsversuche andererseits; das Durchleben und Bearbeiten indessen scheint auf diesem Wege nicht möglich zu sein. Die Oberärztin, welche die Therapie überwacht, leitet eine begleitende medikamentöse Therapie ein, die grösstenteils eine ordentliche Erleichterung bringt, wie der Patient selber mehrere Male bestätigt.

Nach einer langen therapeutischen Phase mit wellenförmigem Verlauf in der Befindlichkeit des Patienten tritt plötzlich wie aus heiterem Himmel etwas Unerwartetes ein: Peter beginnt in der Therapie von seiner Liebe zu Pop- und Rockmusik zu erzählen. Dem Therapeuten erzählt er zunächst nur von eigentlichen

'Hard-Rock'-Stücken (denn die hat 'man' als Bursche vor allem zu schätzen!). Die Mutter von Peter berichtet dann freilich etwas anderes (und wie sich zeigt, entspricht ihre Schilderung eher der Realität). Sie äussert sich dahingehend, dass Peter sich in besonders deprimierter Stimmung zuhause meistens in sein Zimmer zurückziehe, eine dicke Zigarre rauche, dabei auf seinem Schaukelstuhl vor- und zurückwippe und mit geschlossenen Augen sanfte, gelegentlich fast melancholische Musik des Pop-Sängers XY höre.

Peter selber hat dies (begreiflicherweise) dem Therapeuten gegenüber nicht eingestehen können, er kann es aber, als in der Therapie das Gespräch darauf gelenkt wird. Er zögert allerdings zuerst, denn er befürchtet, dass dieses in seinen Augen nicht gerade super-männliche Verhalten getadelt oder heruntergespielt werden könnte.

Der Therapeut hingegen interpretiert das skizzierte Musikrezeptionsverhalten als eigentliches Regressionsverhalten (ruhige Musik, orale Beschäftigung, Schaukelstuhl-Jactatio) und sieht eine Erholungsfunktion dahinter. Er unterstützt in der Folge dieses Verhalten von Peter und ermuntert ihn, weiterhin so zu verfahren, sobald er dies als gut, erholsam und nützlich erachte.

Dies scheint für Peter von eminenter Bedeutung zu sein. Er stellt fest, dass er unterstützt wird und dass man ihn auch achtet, wenn er anstelle von 'harter' nun eben 'weiche' Musik hört.

Dies ist für den Therapeuten der Moment, noch einige Anregungen zur optimalen Gestaltung dieser Musikrezeption zu geben (betreffend die Konstanz bzw. Regelmässigkeit und die Dauer der Rezeption). Peter hält sich auch sehr genau an die Empfehlungen und in den jeweils folgenden Therapiestunden werden neben aktuellen Problemen auch Aspekte der rezipierten Musik besprochen. Die Kommunikationsfähigkeit steigert sich und die kompensatorische Grössenphantasie verliert immer mehr an Gewicht. In diese Therapie-Phase fällt auch ein Stellenwechsel, den Peter an die Hand genommen hat. Er verdient an der neuen Stelle

mehr, hat nach eigener Beurteilung eine wesentlich interessantere Arbeit und auch die Kontaktfähigkeit verbessert sich deutlich. Sticheleien seiner Kollegen deprimieren ihn bald nicht mehr; statt dessen sticht er zurück und wo seine verbalen Möglichkeiten vielleicht nicht mehr genügen, da setzt er seine kräftige Hand ein (was ihm erstaunlicherweise niemand verübelt).

Die gesamten therapeutischen Bemühungen (Gesprächspsychotherapie - Anleitung zur rezeptiven Musiktherapie zuhause - medikamentöse Therapie - Hilfe bei der Freizeitgestaltung) werden noch ca. drei Monate fortgesetzt. Peter wird aktiver und selbständiger. Eines Tages äussert er selber den Wunsch, mit der Therapie aufzuhören: "Einmal muss ich es doch auch allein schaffen können ...".

Weitere drei Monate später werden die Medikamente vollständig abgesetzt und die Mutter von Peter berichtet am Telefon, dass es dem Burschen sehr gut gehe.

Ein Beispiel zur regulativ-rezeptiven Einzelmusik-Therapie

Michael, ein schlanker Bursche am Anfang der Pubertät, ist vom Hausarzt überwiesen worden, da die eigenartigen Tics und Zuckungen einfach auf keine der üblichen Massnahmen ansprechen. Der Arzt versuchte mit Autogenem Training und entspannenden Medikamenten eine Harmonisierung zu erreichen, was allerdings nicht gelang. Immerhin konnte eine schwere reaktive Depression bei Michael weitgehend gelöst werden.

In der kinderpsychiatrischen/-psychologischen Untersuchung zeigt es sich, dass Michael recht intelligent ist. Das depressive Zustandsbild, das der Hausarzt erfolgreich behandelt hat, ist nicht mehr vorhanden. Michael selber ist sehr sensibel und er beobachtet sich natürlich genau. Die lästigen Tics (Zuckungen von Kopf und Rumpf, unkontrollierbare Zisch-, Pfeif- Jauchz- und Grunztöne) ärgern ihn masslos, da sich die Phänomene seiner Kontrolle völlig entziehen. So sehr er Zuckungen und Geräusche auch willentlich zu unterdrücken versucht, es gelingt nicht. Er ist jedoch in der Lage, dem untersuchenden Psychologen zu

schildern, wie sich die Tics unter grösserer emotionaler Belastung oder bei schweren Prüfungen in der Schule verstärken, um nachher eher wieder abzuflauen.

Die Eltern können erzählen, dass sich das Tic-Geschehen ungefähr seit dem siebenten bis achten Altersjahr progredient entwickelt hat und unter einer früheren, zwei Jahre dauernden Spieltherapie keinerlei Änderung erfahren hat. In einer eingehenden Untersuchung kann die Oberärztin mit einiger Sicherheit sagen, dass die rhythmischen Tics nicht als Äquivalente eines epileptischen Geschehens interpretiert werden können.

Nach einer längeren Untersuchungs- und Beobachtungsphase muss die Diagnose einer generalisierten Tic-erkrankung (Gilles de la Tourette-Syndrom) gestellt werden *).

Das Untersucher-Team einigt sich mit den Eltern und Michael darauf, dass man durch Psychopharmaka mit neuroleptischer Wirkung eine Linderung der Beschwerden erreichen wolle.

Der Vorschlag einer begleitenden Psychotherapie Michaels mit Beratung der Eltern wird von letzteren begrüsst, wogegen Michael davon nicht begeistert ist und noch etwas zuwarten will.

Erst nach knapp einem halben Jahr kann er sich doch dazu entschliessen, nachdem sich unter dem beschriebenen Medikament die Tics zwar allgemein leicht stabilisiert haben, in Schüben aber immer wieder durchbrechen.

Die Therapie beginnt mit Gesprächen, wo es dem Burschen gut gelingt, den bisherigen Verlauf der Störung und seine allgemeine Befindlichkeit zu schildern. In diesen Stunden kann der Therapeut feststellen, dass sich bei Michael trotz der auffälligen und unangenehmen Störung noch keine grösseren Hemmungen entwickelt haben; der Kontakt mit den Kollegen ist noch immer gut, vorderhand

*) Die Genese dieser schweren Störung ist noch weitgehend ungeklärt. Organische Prozesse werden diskutiert, doch stehen genaue Befunde noch aus.

Zum Gilles de la Tourette-Syndrom siehe auch:

ASAM 1978, in: Acta Paedopsychiatrica, Vol 43, Nr. 5/6, Schwabe
Basel 1978, S. 267-276; und

HARBAUER/LEMPF/NISSEN/STRUNK: Lehrbuch der speziellen Kinder- und
Jugendpsychiatrie: Springer Berlin 1971, S. 93-94, 273.

lacht niemand den Burschen wegen seiner Zuckungen und Geräusche aus. Die gesprächspsychotherapeutischen Sitzungen bringen zunächst keine Änderung bei den Tics, wenn sich auch die Mimik etwas entspannt. In einem freien Gespräch teilt Michael mit, dass die Tics zum Beispiel fast verschwinden, wenn er zuhause in seinem Zimmer Musik hört (vorherrschend Rock- und Pop-Musik). Dies ist für den behandelnden Psychologen der Anlass, mit der Ärztin die Frage einer eventuellen regulativ-rezeptiven Einzelmusiktherapie zu erörtern. Auch wird die Möglichkeit einer synchron laufenden Atemtherapie diskutiert, da wiederholt festgestellt werden kann, dass sich die Tics in der Inspirationsphase häufen und in der Expirationsphase wieder verringern. Unter ärztlicher Überwachung führt der Therapeut nun die Therapie bei Michael durch. In der ersten, eher retrospektiven Phase hat der junge Bursche die Probleme, die sich ihm stellen, in Worte fassen und seine Erwartungen und Befürchtungen formulieren können. In der jetzt einsetzenden, prospektiven Behandlungsphase gehen Therapeut und Patient jeweils folgendermassen vor:

- Aktuelle Probleme aus dem schulischen und/oder familiären Bereich werden diskutiert und man sucht gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten. Oft geht es auch ganz fokal um arbeitstechnische Fragen, die sich zum Beispiel hinsichtlich Schulaufgaben ergeben.
- In einer zweiten Gesprächsphase wird die belastende Störung (das heisst das Tic-Geschehen) durchbesprochen. Michael schildert auch seine Beobachtungen zur aktuellen Symptomausprägung und erzählt - gelegentlich recht stolz - wie lange eine fast symptomfreie Phase angedauert hat.
- Etwas später begibt sich der Patient in die bequeme (zurückgelehnte) Position auf seinem Stuhl, schliesst die Augen und nimmt die dargebotene Musik (ab Kassetten-Gerät) auf. So verbleibt Michael während fünfzehn bis zwanzig Minuten, um nachher ganz sorgfältig die Entspannung wieder zurückzunehmen.

- In einer letzten Phase der Therapiestunde schildert der junge Patient seine gegenwärtige Befindlichkeit, allfällige aufgetretene Schwere-, Wärme- oder Müdigkeitsempfindungen und bespricht mit dem Therapeuten den Übungsplan für das Entspannungstraining zuhause.

Während längerer Zeit ist Michael nicht dazu zu bewegen gewesen, seine regulative Musiktherapie auch zuhause - immer zur selben Tageszeit - durchzuführen. Dies hat sich geändert, als er - quasi auf Zusehen hin - einen Versuch machte.

Zur Musik: Michael berichtet, dass ihm sein Vorhaben unter rhythmischer oder sanfter, melodischer Musik ungefähr gleich gut gelinge. In der Therapiestunde wird dies überprüft und der Therapeut sieht, dass unerwarteterweise rhythmisch akzentuierte Musikstücke den besseren Effekt haben (weniger Tic-Entladungen und gleichzeitig grössere Entspannung).

Dies hat zur Folge, dass das Übungskonzept etwas abgeändert wird: Man einigt sich auf ein Musikstück, das in mittlerem Tempo durch starke rhythmische Struktur gekennzeichnet ist. Der Patient wird aufgefordert, sich im Stuhl möglichst zu entspannen. Nach zwei bis drei Minuten ertönt die Musik in geringer Lautstärke und Michael lässt in einer ersten Phase seine Aufmerksamkeit noch ganz bei der betonten Expirationsphase. Nach weiteren fünf Minuten konzentriert er sich auf das rhythmische Geschehen im ab Tonband dargebotenen Musikstück.

Unter Besinnung auf die Befunde von BIRKMAYER 1970 und SCHINDLER 1973 beschliesst der Therapeut, eine Spannungsabfuhr durch motorischen Mitvollzug, das heisst durch Klopfbewegungen Michaels zu versuchen. Dies wird ganz vorsichtig ausprobiert und unter einem fast automatisierten Klopfen des jeweils ersten Schlages der 4/4-Rhythmusstruktur verringern sich die krampfartigen Tics weiterhin.

Ungefähr ab der zehnten Therapiestunde ist ein deutlicher Fortschritt zu verzeichnen: Die hartnäckigen Tics werden ganz allgemein seltener und in ihrer Ausprägung diskreter. Wiederholte

Male ist in der ganzen musiktherapeutischen Sitzung nicht eine einzige Entladung sichtbar resp. hörbar. Zum Zeitpunkt, da diese Arbeit fertiggestellt wird, laufen die therapeutischen Bemühungen noch weiter. Vieles ist schon erreicht worden. Aerzte und Psychologen sind sich jedoch einig, dass man sich mit dem Erreichten noch lange nicht zufrieden geben darf und dass die Therapie bei Michael noch Monate wenn nicht gar Jahre dauern wird.

Der junge Patient ist mit der Verringerung der unangenehmen Symptome sehr zufrieden. Er zeigt sich aber auch positiv überrascht über die Tatsache, dass er sich ganz allgemein etwas entspannter und gelockelter fühlt. Für ihn selber sind die bisherigen Therapieresultate dermassen ermutigend, dass er mit der Musiktherapie unbedingt weiterfahren möchte.

4.6. KRITISCHE ANMERKUNGEN ZU DEN MUSIKTHERAPEUTISCHEN VERFAHREN

Die Berichte über die Verwendung musiktherapeutischer Techniken sind, wie wir festgestellt haben, sehr zahlreich; und - was erfreulich ist - sie geben zu einiger Hoffnung Anlass.

Ein gut brauchbares, weil effizientes 'Instrument' wird heute auch kritisch, zuweilen sogar argwöhnisch betrachtet, denn jede wirksame Methode kann zur Manipulation missbraucht werden. Diese kritische Betrachtungsweise macht auch vor den psychotherapeutischen Techniken nicht halt und sie soll es auch nicht.

Hier stellt sich immer wieder die Frage: Wie weit ist eine Aenderung im Leben eines Patienten oder dessen Wiedereingliederung in die Gesellschaft beim Patienten selber erwünscht und wie weit sind es Leitbilder und Zielvorstellungen des Therapeuten, gegebenenfalls auch der Druck der 'engeren' Umwelt des Patienten, die das therapeutische Geschehen dominieren oder mindestens beeinflussen?

Innerhalb einer kommunikativen Musiktherapie muss sicher die Frage aufgeworfen werden, ob es legitim sei, einen Patienten mit für ihn selbst oft kaum durchschaubaren Verfahren wieder zur Kommunikation zu bringen.

Die Definition verschiedener psychischer Störungen als Ausdruck gestörter Kommunikation hat sicher vieles für sich; doch bleibt dann hier wieder die Frage offen, was denn die eigentlichen Gründe, was das 'Ziel' oder die 'Strategie' dieses Nicht-Kommunizierens sind. Diese Kritik stellt ein ernstzunehmendes Problem dar: Wohl verfügt in vielen Fällen der Therapeut über eine bessere und weitreichendere Sicht, was die Einschätzung der Situation und der therapeutischen Möglichkeiten betrifft, doch bleibt auch der noch so wohlwollende Weitblick problematisch, solange der Patient wider Willen oder wider seine Gefühle und Ängste auf raffinierte Art und Weise (zum Beispiel kommunikative Psychotherapie) zur Kommunikation gebracht, ja vielleicht sogar sanft gezwungen wird. So geben beispielsweise psychotische Patienten oft recht deutlich zu verstehen, dass sie im Moment nicht kommunizieren wollen oder können (vgl. dazu HENGESCH 1974, S. 229, S. 235).

Daraus sollte die Erkenntnis resultieren, dass der Musiktherapeut auch auf die kleinsten und scheinbar geringfügigsten Zeichen seitens des Patienten zu achten hat, ob, und wenn ja, auf welche Weise dieser zur Kommunikation fähig und motiviert ist.

Zur "Weg", der beschrieben wird: Nehmen wir an, dass ein Therapeut durch ein bestimmtes Verfahren wirklich Einblick in die Situation seines Patienten erhält und mit seinem gewählten Prozedere dem Patienten einen Kanal zur Kommunikation offerieren kann, der als angenehm empfunden und vollauf akzeptiert wird. Verläuft jetzt die Therapie mit dem gewählten Verfahren vorerst zufriedenstellend oder sogar überraschend gut, so ist dies für den Therapeuten begrifflicherweise ein Hinweis darauf, dass er das richtige "Mittel" gewählt hat; denn der Patient fühlt sich ja subjektiv besser, allfällige Symptome oder Syndrome verschwinden immer mehr und Kommunikationsbereitschaft und -fähigkeit nehmen von Sitzung zu Sitzung sichtbar zu.

Aber was ist mit dieser Besserung erreicht, wenn sie nur auf einem Wege zustande kam, auf einem Wege, der ausserhalb der therapeutischen Situation gar nicht praktizierbar ist? Und ist es nicht sogar sehr naheliegend, dass andere Wege der Kommunikation, des Kontaktes zur Umwelt verkümmern, wenn ein bestimmter Weg (musikalische Kommunikation) mit solcher Ausschliesslichkeit beschritten wird?

TH. HIRSCH äussert sich dazu folgendermassen:

'La musique comme moyen éducatif peut avoir des défauts et a surtout des limites. Il faut prendre garde de ne pas atrophier les autres sens au seul profit du sens auditif'.

(Und weiter - speziell bezugnehmend auf die Therapie mit psychotischen Kindern):

'(....) il faut s'en servir prudemment avec des enfants psychotiques et schizophrènes, par exemple, pour ne pas alimenter leur monde fermé au lieu de les en tirer' (HIRSCH, 1966, S. 26).

Zum Problem der sogenannten Symptombeseitigung ('Symptomheilung') haben wir uns schon an anderer Stelle geäussert; auch in der Literatur wird auf diesen Problemkreis immer wieder hingewiesen (im speziellen sei SCHWABE 1974, 3. erwähnt).

Eine isoliert angewendete Musiktherapie läuft unseres Erachtens eher Gefahr, zum Instrument symptomorientierter ('therapeutischer') Bemühungen zu werden als die in ein Gesamtkonzept eingegliederte Musiktherapie.

Soll Musiktherapie dagegen eine diagnosespezifische Behandlungsmethode sein (vgl. SIMON 1973, S. 82), dann ist unseres Erachtens neben den störungsbedingten Leit- beziehungsweise Kardinalsymptomen auch den Möglichkeiten und Spezifitäten der gesamten Persönlichkeit vermehrt Rechnung zu tragen.

LITERATURVERZEICHNIS

- ALBRECHT, J.W.: *Tractatus physicus de effectibus musices in corpus animatum*, Leipzig 1734.
- ALVIN, J.: *Music therapy*. Baker London 1966.
- ALVIN, J.: Die Grundlagen der Musiktherapie. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): *Musiktherapie. Behandlung und Heilung geistiger und seelischer Störungen durch Musik*. Heyne München 1973 (a).
- ALVIN, J.: Langzeit-Musiktherapie mit einem autistischen Jungen. In: GECK, M. (Hrsg.): *Musiktherapie als Problem der Gesellschaft*. Klett Stuttgart 1973 (b), S. 85-93.
- ALVIN, J.: Der musiktherapeutische Behandlungsbeginn bei einem autistischen Mädchen. In: WILLMS, 1975 b, S. 82-85
- AQUIN, Th. v.: *De arte musica*, ed. G. Amelli, Milano 1880.
- ARDOINI, S.: *Opus de veneris*, Venedig 1492.
- ARISTOTELES: 'Politik', 8. Buch; dt. Uebers. Tsouypoulos, Hamburg 1960.
- ARISTOXENOS: *Melik und Rhythmik*. Dt. Ausg. R. v. Westphal, Leipzig 1883.
- ASAM, Uta: Das Gilles de la Tourette-Syndrom. Zum gegenwärtigen Stand von Diagnostik und Therapie. In: *Acta Paedopsychiatrica*, Vol. 43, Nr. 5/6, Schwabe Basel 1978, S. 267-276.
- AUGUSTINUS: *Confessiones* X (spez. Kap. 23); ed. J-P. Migne, *Patrologia latina*, Bd. 32, Paris 1878 ff.
- BAGLIVI, G.: *Dissertatio de anatome, morsu et effectibus tarantulae*, 1696; *opera omnia*, Bd. 6, Paris 1704, S. 597.
- BAI, S.; BARKHOFF, W.E. u.a.: *Die Rudolf Steiner Schule Ruhrgebiet: Leben, lehren, lernen in einer Waldorfschule*. Rowohlt Hamburg 1976.
- BAERTSCHI-ROCHAIX, W.: Musiktherapie in medizinisch-biologischer Sicht. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): *Musiktherapie*. Heyne München 1973, S. 93-97.
- BEDA: *De Musica quadrata*, ed. J.P. Migne, *Patrologia latina*, Bd. 90, Paris 1878 ff.
- BENENZON, R.O.: Die Musiktherapie. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): *Musiktherapie*, Heyne München 1973, S. 156-167.
- BERENDES, J.: *Therapeutische Effekte der Musik*. Ther. d. Gegenw. 102, 1963, S. 249-254.
- BIBEL: (Zwingli-Bibel), Zürich 1954.

- BINET, A./COURTIER, J.: Influence de la musique sur la respiration, le coeur et la circulation capillaire. Rev. Scient. 7, 1895, S. 257-263.
- BIOCCA, E.: Viaggi tra gli Indi. Rom 1966.
- BIRKMAYER, W.; PILLERI, G.: Die retikuläre Formation des Hirnstammes und ihre Bedeutung für das vegetativ-affektive Verhalten. Wissenschaftlicher Dienst 'Roche'. Hoffmann-La Roche, Basel 1965.
- BIRKMAYER, W.: Ueber die Korrelation von Muskeltonus und Psyche. In: CIBA AG (Hrsg.): Entspannung - neue therapeutische Aspekte (Symposium; Vorsitz P. Kielholz), Basel 1970.
- BLANKENBURG, W.: Tanz in der Therapie Schizophrener. Psychother. Psychosom. 17, 1969, S. 336-342.
- BOEHM, B.: Heilende Musik im griech. Altertum. Zeitschr. Psychother. Med. Psychol. 8, 1958, S. 132-151.
- BOETHIUS: Des A.M.S. Boethius' fünf Bücher über die Musik. Dt. Uebers. O. Paul, Leipzig 1872.
- BOETTCHER, H.F.: Dimensionen des Erlebens und das Musikerlebnis. In: KOHLER, Ch. (Hrsg.): Musiktherapie. Jena 1971.
- BRADLEY, I.L.: Repetition as a factor in the development of musical preference. J. Res. Mus. Educ. 19, 1971, S. 295-298.
- BRACKEN, H.v. (Hrsg.): Erziehung und Unterricht behinderter Kinder. Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M. 1968.
- BRENDEL, A.: De curatione morborum per carmina et cantus musicos, Wittenberg 1706.
- BUND DER FREIEN WALDORFSCHULEN (Hrsg.): Eurythmie. (Sonderdruck der Erziehungskunst 1975, H. 6). Freies Geistesleben GmbH Stuttgart 1975.
- BURTON, R.: The Anatomy of Melancholy, Oxford 1621, ed. R. Shilleto, London 1893.
- CASSIODORUS: Institutiones Musicae; ed. M. Gerbert, Scriptores ecclesiastici, St. Blasien 1784 (spez. Kap. 5, 'De musica').
- CHRYSOSTOMOS, J.: Expositio in psalmum XLI (Kap. 1), ed. J.P. Migne, Patrologia graeca, Bd. 55, Paris 1857 ff.
- COX, J.M.: Practical observations on insanity, London 1804.
- DAHLHAUS, C.: (Hrsg.): Einführung in die systematische Musikwissenschaft. Köln 1971.
- DANIELOU, A.: Die Beziehungen zwischen Musik und Sprache nach der Lehre der Inder. In: The World of Music, 1975, H.1, S. 64-69.

- DECKER-VOIGT, H.-H. (Hrsg.): Therapie und Erziehung durch Musik 1; (Texte zur Musiktherapie). 2351 Eres Lilienthal-Bremen 1975.
- DENSMORE, F.: The use of music in treatment of the sick by American indians, in: SCHULLIAN/SCHOEN: 'Music and medicine', New York 1948.
- DESCARTES, R.: Traité des passions de l'âme, Paris 1649; Neudruck Paris 1955.
- DESTUNIS, G.; SEEBANDT R.: Beitrag zur Frage der Musikeinwirkung auf zwischenhirngesteuerte Funktionen des Kindes. In: TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik in der Medizin. Fischer Stuttgart 1958, S. 34-52.
- DISERENS, Ch.M.: The influence of music on behavior. Princeton University Press Princeton/New York 1926.
- DOGIEL, J.: Ueber den Einfluss der Musik auf den Blutkreislauf. Arch. Anat. Physiol. Abt. Psychol., 1880; S. 416-428.
- DOWNEY, J.E.; KNAPP, G.E.: The effect on a musical programme of familiarity and of sequence of selections. In: SCHOEN, M. (Ed.): The effects of music. Kegan Paul Trench, Trubner and Co. London 1927, S. 223-243.
- DREHER, R.E.: The relationship between verbal reports and galvanic skin responses to music. Diss. Indiana 1947. Zit. n. Farnsworth 1976, S. 205.
- DREIKURS, R.: Musiktherapie mit psychotischen Kindern. In: TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik in der Medizin (Beiträge zur Musiktherapie). G. Fischer Stuttgart 1958.
- EIBL-EIBESFELDT, I.: Grundriss der vergleichenden Verhaltensforschung. München 1967.
- ESQUIROL, J.E.D.: Des maladies mentales, Paris 1838; dt. Uebers. Bern 1968.
- EUPER, J.A.: Early infantile autism. In: GASTON, E.T. (Ed.): Music in Therapy. Macmillan New York 1968, S. 181.
- FECHNER, G.Th.: Elemente der Psychophysik, 2 Tle., Leipzig 1860.
- FRAISSE, P.; OLERON, G.; PAILLARD, J.: Dynamic effects of music. Experimental study. Année Psychol. 53, 1953, S. 1-34.
- FRIEDMAN, S.M.: One aspect of the structure of music. A study of regressive transformations of musical themes. J. Amer. Psychoanal. Assoc. 8, 1960, S. 427-449.
- GASTON, E.T. (Ed.): Music in therapy. Macmillan New York 1968(a).
- GASTON, E.T.: Man and music. In: GASTON, E.T. (Ed.): Music in therapy. Macmillan New York 1968 (b), S. 7-29.
- GECK, M. (Hrsg.): Musiktherapie als Problem der Gesellschaft. Klett Stuttgart 1973.

- GILTAY, H.: Musik und geistige Selbstwerdung. In: TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik in der Medizin (Beiträge zur Musiktherapie), Fischer Stuttgart 1958, S. 17-25.
- GRABER, G.H. (Hrsg.): Pränatale Psychologie. Die Erforschung vorgeburtlicher Wahrnehmungen und Empfindungen, Kindler München 1974.
- HAISCH, E.: Ueber die psychoanalytische Bedeutung der Musik. Psyche. 7, 1953, S. 81-88.
- HANSELMANN, H.: Einführung in die Heilpädagogik. Rotapfel Zürich-Stuttgart, 1966, 7.
- HANSLICK, (Ed.): Vom Musikalisch-Schönen. Neudruck Leipzig 1918.
- HARBAUER, H.; LEMPP, R.; NISSEN, G.; STRUNK, P.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Springer Berlin-Heidelberg-New York 1971.
- HARRER, G.: Somatische Aspekte des Musikerlebens. Medizinischer Monatsspiegel (Merck) 6, 1970, S. 124-127.
- HARRER, G. (Hrsg.): Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Fischer Stuttgart 1975 (a).
- HARRER, G.: Das Musikerlebnis im Griff des naturwissenschaftlichen Experiments. In: HARRER, G. (Hrsg.): Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Fischer Stuttgart 1975 (b), S. 3-47.
- HELMHOLTZ, H.v.: Die Lehre von den Tonempfindungen als physiologische Grundlage für die Theorie der Musik. Braunschweig 1863.
- HENGESCH, G.: Bericht über eine einjährige musiktherapeutische Arbeit mit drei chronisch-schizophrenen Patienten. In: REVERS, W.J.; HARRER, G.; SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie. Econ Düsseldorf-Wien 1974 (a), S. 226-230.
- HENGESCH, G.: Zur Praxis der Gruppenimprovisation in der musiktherapeutischen Behandlung schizophrener Patienten. In: REVERS, W.J.; HARRER, G.; SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie. Econ Düsseldorf-Wien 1974 (b), S. 231-240.
- HESS, R.: EEG Handbook (SANDOZ Monographs), Sandoz 1969, 2.
- HESS, W.R.: Die funktionelle Organisation des vegetativen Nervensystems. Schwabe Basel 1948.
- HESSE, H.P.: Musikpsychologische Grundlagenforschung und Musiktherapie. In: REVERS, W.J.; HARRER, G.; SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie. Grundzüge einer alten und neuen Heilmethode. Econ Düsseldorf-Wien 1974.
- HIRSCH, Th.: musique et rééducation. Expériences de thérapie musicale avec des enfants profondément débiles. Delachaux et Niestlé Neuchâtel 1966.

- HOERL, R. (Hrsg.): Kinder in ihrer Welt - Kinder in unserer Welt. Fischer TB, Frankfurt a.M., 1971.
- HUBER-WEIDMANN, H.: Schlaf, Schlafstörungen, Schlafentzug. Kiepenheuer Köln 1976.
- ILLING, A.; BENEDICT, L.A.: Entwicklung und Stand der amerikanischen Musiktherapie. In: TEIRICH, H.R. (Hrsg.) Musik in der Medizin. Fischer Stuttgart 1958, S. 26-33.
- JAMES, E.O.: Magisch-religiöse Praktiker in der primitiven Gesellschaft, in: SAVRAMIS, D. (Hrsg.): Religionen, Econ Düsseldorf-Wien 1972, S. 29 ff.
- JAQUES-DALCROZE, E.: Souvenirs. Edition V. Attinger, Neuchâtel-Paris, 1942.
- JENNE, M.: Soziologische Thesen zum Musikunterricht in der Grundstufe. In: KRAUS, E. (Hrsg.): Bildungsziele und Bildungsinhalte des Faches Musik. Mainz 1970.
- JENNE, M.: Kunst und Kinder - Eine Denkschrift mit Folgen. In: Musik und Bildung, H. 10, 1973.
- JENNE, M.: Musik, Kommunikation, Ideologie (Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung). Klett Stuttgart 1977.
- JOSEF, K.: Untersuchungen über die Wirkungen selbsttätiger Musik auf das Soziogramm einer Hilfsschulklasse. In: BRACKER, H.v. (Hrsg.): Erziehung und Unterricht behinderter Kinder. Akadem. Verlagsgesellschaft, Frankfurt a.M. 1968.
- JOVANOVIC, U.J.: Schlaf und Traum. Fischer Stuttgart 1974.
- KAYSER, H.: Der hörende Mensch. Elemente eines akustischen Weltbildes. Schneider Berlin 1932.
- KAYSER, H.: Abhandlung zur Ektypik harmonikaler Wertformen. Occident Zürich-Leipzig 1938 (a).
- KAYSER, H.: Grundriss eines Systems der harmonikalen Wertformen. Occident Zürich-Leipzig 1938 (b).
- KAYSER, H.: Harmonikale Studien. Occident Zürich 1946.
- KAYSER, H.: Akroasis. Die Lehre von der Harmonik der Welt. Hatje Stuttgart 1947.
- KIRCHER, A.: Musurgia universalis, Rom 1650.
- KIRCHER, A.: Phonurgia nova, Campidonae 1673; dt. Uebers. Carione: Neue Hall- und Tonkunst, Nördlingen 1684.
- KLAUSMEIER, F.: Ueber die Wirkung von Musik. Musik im Unterricht VII-VIII, 1966, S. 226-229.
- KLEINEN, G.: Experimentelle Arbeiten im Bereich der Musikpsychologie. Musik im Unterricht 9, 1968, S. 307-314.
- KLEINEN, G.: Zur Psychologie musikalischen Verhaltens. Diesterweg Frankfurt-Berlin-München 1975.

- KNEIF, T.: Musiksoziologie. In: DAHLHAUS, C. (Hrsg.): Einführung in die systematische Musikwissenschaft. Köln 1971, S. 175 f.
- KNEUTGEN, J.: "Musikalische" Formen im Gesang der Schamadrossel und ihre Funktionen. J. Orn. 110 1969; S. 24.
- KNEUTGEN, J.: Eine Musikform und ihre biologische Funktion. Ueber die Wirkungsweise der Wiegenlieder. Z. exp. angew. Psychologie. 17, 1970; S. 245.
- KNEUTGEN, J.: Einige Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Musiktherapie. Zeitschr. klin. Psychol. Psychother. 19, 1971, S. 323-353.
- KNEUTGEN, J.: Wie man aus der Musiktherapie eine Wissenschaft machen könnte. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973, S. 168-173.
- KNEUTGEN, J.: Einige Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Musiktherapie. In: REVERS, W.J.; HARRER, G.; SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie, Econ Düsseldorf und Wien 1974, S. 17-50.
- KNEUTGEN, J.: Musiktherapie aus der Sicht der vergleichenden Verhaltensforschung. In: HARRER, G. (Hrsg.): Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Fischer Stuttgart 1975, S. 125-134.
- KOFFER-ULLRICH, E.: Musiktherapie und ihre Anwendung bei cerebral gestörten Kindern. Heilkunst 73, 1960, S. 184-188.
- KOFFER-ULLRICH, E.: Musiktherapie im Rehabilitationsprogramm der Gruppentherapie. Zeitschr. Psychother. Med. Psychol. 19, 1969, S. 24-27.
- KOHLER, Ch.: Kommunikative Psychotherapie. Fischer Jena 1968 (a).
- KOHLER, Ch.: Der Einfluss des Menschenbildes auf die Neurosen-theorie. In: PICKENHAIN, L.; THOM, A. (Hrsg.): Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Sammlg. zwangl. Abhandlg. aus dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie. Fischer Jena 1968 (b).
- KOHLER, Ch. (Hrsg.): Musiktherapie, Jena 1971.
- KOHLER, Ch.: Psychotherapie und Musik. In: KOHLER, Ch. (Hrsg.): Musiktherapie. Theorie und Methodik. Fischer Jena 1971 a, S. 11-18.
- KOHLER, Ch.; BOETTCHER, H.F.; KOHLER, Ch. (Hrsg.). Physiologische und psychologische Untersuchungen zur rezeptiven Einzelmusiktherapie. In: KOHLER, Ch. (Hrsg.): Musiktherapie. Fischer Jena 1971 b, S. 57-71.
- KOHUT, H.: The psychological significance of musical activity. Mus. Ther. 1, 1951, S. 151-158.
- KOENIG, K.: Musiktherapie in der Heilpädagogik. In: TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik in der Medizin. Fischer Stuttgart 1958, S. 77-88.

- KRIMM-VON FISCHER, C. (Hrsg.): Musikalisch-rhythmische Erziehung. Herder Freiburg-Basel-Wien (1974), 1975 a, 4.
- KRIMM-VON FISCHER, C.: Rhythmik - Musik und Bewegung. Beilage 'Literatur und Kunst' der Neuen Zürcher Zeitung vom 4./5. Januar 1975, Zürich 1975 b.
- KRIS, E.: Psychoanalytic explorations in art. International Universities Press New York 1952.
- LACH, R.: Studien zur Entwicklungsgeschichte der ornamentalen Melopöie. Beiträge zur Geschichte der Melodie. Kahnt Nachfl. Leipzig 1913.
- LACH, R.: Das Konstruktionsprinzip der Wiederholung in Musik, Sprache und Literatur. Akad. Wiss. Wien 1925. Philos. histor. Kl. Sitz. ber. S. 201.
- LANGE, K.: Das Wesen der Kunst. Berlin 1901.
- LANGER, S.K.: Philosophie auf neuem Wege. Das Symbol im Denken, im Ritus und in der Kunst. Frankfurt a. M. 1965.
- LAST, G.; KNEUTGEN, J.: Schlafmusik. Münch. Med. Wschr. 44, 1970, S. 2011-2016.
- LAST, G.: Schlafmusik. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973 (a), S. 132-140.
- LAST, G.: Behandlung von Schlafstörungen durch Wiegenlieder. Therapie der Gegenwart 112, 1973 (b), S. 1107-1128.
- LECOURT, E.: Praktische Musiktherapie. Dt. Ausg. Müller Salzburg 1979.
- LEUNER, H.C.: Die Bedeutung der Musik in imaginativen Techniken der Psychotherapie. In: REVERS, W.J.; HARRER, G.; SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie. Econ Düsseldorf-Wien 1974, S. 178-200.
- LEURET, F.: Du traitement de la folie, Paris 1840, 296.
- LEVINSTEIN: Etwas über die Musik als Heilmittel, in: Medizinischer Almanach. Hrsg.: J.J. SACHS, 1838, S. 72-79.
- LINKE, N.: Heilung durch Musik ? Didaktische Handreichungen zur Musiktherapie. Musikpädagog. Bibliothek, Bd. 15. Heinrichshafen, Wilhelmshaven 1977.
- LORENZ, K.: vergleichende Bewegungsstudien an Anatinen. J. Orn. 89, 1941; Sonderheft; S. 194.
- LORENZ, K.: Die angeborenen Formen möglicher Erfahrung. Z. Tierpsychol. 5, 1943; S. 235.
- LUTZ, J.: Kinderpsychiatrie. Rotapfel Zürich-Stuttgart, 1968, 3.
- MAAG, V.: Syrien - Palästina, in: SCHMOECKEL, H. (Hrsg.): Kulturgeschichte des alten Orient, Stuttgart 1961, S. 448-604.
- MATTHESON, Joh.: Der vollkommene Kapellmeister, Hamburg 1739.

- MELLGREN, A.: Therapeutische Anwendungen von Musik in Geburtshilfe und Gynäkologie. In: WILLMS, H. (Hrsg.): Musik und Entspannung. Fischer Stuttgart 1977, S. 82-89.
- MENTZ, P.: Die Wirkung akustischer Sinnesreize auf Puls und Atmung, in: WUNDT, W. (Hrsg.): Philosophische Studien, 11, 1895.
- METZGER, W.: Lernen im Laufstall ? In: HOERL, R. (Hrsg.): Kinder in ihrer Welt - Kinder in unserer Welt. Fischer TB, Frankfurt a. M. 1971, S. 53-73.
- MEYER, L.B.: Emotion and Meaning in Music. Chicago und London, 1970.
- MICHELS, U.: dtv-Atlas zur Musik, Bd. I, 3022. dtv München 1977.
- MOLES, A.: Information Theory and Aesthetic Perception. Urbana, Chicago und London 1968 (erste, franz. Fassung 1958).
- MOELLER, H.J.: Musik gegen Wahnsinn. Fink Stuttgart 1971.
- MOELLER, H.J.: Psychotherapeutische Aspekte der Musikanschauung der Jahrtausende, In: REVERS, W.J.; HARRER, G.; SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie, Econ Düsseldorf-Wien 1974, S. 53-160
- MOELLER, H.J.: Musik als psychotherapeutisches Medium in der Geschichte der Psychotherapie, in: Zeitschr. f. Musiktherapie II/1974 (a).
- MORUZZI, G.; MAGOUN, H.W.: Brain Stem Reticular Formation and Activation of the EEG. Elektroencephalogr. Clin. Neurophysiol. 1, 455, 1949.
- MOSES, P.J.: Musikalische Elemente in der Stimme des Neurotikers. In: TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik und Medizin, Fischer Stuttgart 1958, S. 151-163.
- MOSONYI, D.: Die irrationalen Grundlagen der Musik. Imago 21, 1935, S. 207-226.
- NASS, N.L.: Some considerations of a psychoanalytic interpretation of music. Psychoanal. Quart. 40, 1971, S. 303-316.
- NEIKES, J.L.: Scheiblauser Rhythmik. Orthagogische Rhythmik. Henn Wuppertal-Ratingen-Düsseldorf 1969.
- NETTERSHEIM v., C.H.A.: 'Magische Werke', 1510 (Originaltitel: de occulta philosophia II); dt. Ausgabe Wien 1921.
- NICOLAI, E.A.: Die Verbindung der Musik mit der Arztneygelahrtheit, Halle 1745.
- NORDOFF, P.; ROBBINS, Ch.: Musik als Therapie für behinderte Kinder (Konzepte der Humanwissenschaften). Klett Stuttgart 1975.
- ORFF, G.: Orff-Schulwerk's spezifische Heilkomponenten - Formulierungen aus der Arbeit mit dem behinderten Kind. In: WOLFGART, H. (Hrsg.): Das Orff-Schulwerk im Dienste der Erziehung und Therapie behinderter Kinder. Marhold Berlin 1971, S. 18-31.

- ORFF, G.: Musiktherapie. Fortschr. Med. 91, 1973, S. 195-199.
- ORFF, G.: Die Orff-Musiktherapie. (Aktive Förderung der Entwicklung des Kindes) Kindler München 1974.
- OSTWALD, P.F.: Musical behavior in early childhood. Develop. Med. Child. Neurol. 15, 1973, S. 367-375.
- OWSJANNIKOW, M.F. u. SMIRNOWA, S.M.: Kurze Geschichte der Aesthetik. Dietz Verlag Berlin 1966.
- OY, C.M.v.; SAGI, A.: Lehrbuch der heilpädagogischen Uebungsbehandlung. Hilfe für das geistig behinderte Kind. Maier Ravensburg 1975.
- PAHLEN, K.: (Hrsg.): Musiktherapie, Heyne München 1973.
- PETERS, M.L.: A comparison of the musical sensitivity of mongoloid and normal children. J. Mus. Ther. 7, 1970, S. 113-123.
- PFEFFER, Ch.: Musik als Heilfaktor. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973 (a), S. 31-35.
- PFEFFER, Ch.: Die Aufgabe der Musik in einer 'Psychomotorischen Heilerziehung'. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973 (b), S. 36-45.
- PHARES, M.L.: Analysis of musical appreciation by means of the psychogalvanic reflex technique. J. Exper. Psychol. 17, 1934, S. 119-140.
- PICHT, G.: Wozu braucht die Gesellschaft Musik ? In: Deutscher Musikrat (Hrsg.): Referate, Informationen, H. 22 (1972), S. 35-39.
- PICKENHAIN, L.; THOM, A. (Hrsg.): Beiträge zu einer allgemeinen Theorie der Psychiatrie. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Psychiatrie und Neurologie. Fischer Jena 1968.
- PIHKENEN, T.; KANKO, O.: The effects of alcohol on the perception of musical stimuli. Ann. Med. Exp. Fenn. 40, 1962, S. 275-282.
- PLATON: Sämtliche Werke (dt. Uebers.); Timaios, 47 d; III, 130. Heidelberg 1960.
- PODOLSKY, E. (Hrsg.): Music therapy. Philosophical Library New York 1954 (a).
- PONTVIK, A.: Grundgedanken zur psychischen Heilwirkung der Musik. Rascher Zürich 1948.
- PONTVIK, A.: Heilen durch Musik. Rascher Zürich 1955.
- PONTVIK, A.: Der tönende Mensch. Rascher Zürich-Stuttgart 1962.
- PREU, O.: Grundlagen der Musikrezeption. In: KOHLER, Ch. (Hrsg.): Musiktherapie. Theorie und Methodik. Fischer Jena, 1971, S. 27-34.

- PRIESTLEY, M.: Music therapy in action. Constable London 1975.
- PROKLUS: Oratio de incarnationis Dominis. Ed. J.P. MIGNE, Patrologia graeca, Paris 1857, Bd. 65.
- PTOLEMAIOS, C.: Harmonielehre, dt. Uebers. I. Düring, Göteborgs högskolas Arsskrift, XXXVI, 1930.
- PTOLEMAIOS, C.: Ueber die Musik, dt. Uebers. I. Düring, in: Göteborgs högskolas Arsskrift, XL, 1934.
- QUINCY, J.: Lexicon Physico-Medicum (spez. Art. 'Musik'), 1709; 4. Aufl. London 1730.
- RACKER, H.: Psychoanalytic considerations on music and musician. Psychoanal. Rev. 52, 1965, S. 75-94.
- RAMSEYER, U.: Soziale Bezüge des Musizierens in Naturvölkerkulturen. Francke Bern-München 1970.
- REINECKE, H.P.: Die emotionalen Kategorien des Musikhörens und ihre Bedeutung für die therapeutische Anwendung von Musik. In: KOHLER, Ch. (Hrsg.): Musiktherapie. Fischer Jena 1971, S. 48-57.
- REINECKE, H.P.: Psychologie der musikalischen Kommunikation. In: WILLMS, H.: Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. G. Fischer Stuttgart 1975, S. 31-38.
- RETT, A.: Musiktherapie bei entwicklungsgestörten Kindern. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973, S. 184-188.
- REVERS, W.J.; HARRER, G.; SIMON, W.C.M. (Hrsg.): Neue Wege der Musiktherapie. (Grundzüge einer alten und neuen Heilmethode). Econ Düsseldorf-Wien 1974.
- REVESZ, W.J.: Einführung in die Musikpsychologie, Francke Bern, 1946 bzw. 1972, 2. Aufl.
- ROUSSEAU, J.J.: Essai sur l'origine des langues, 1753; oeuvres complètes, Frankfurt 1856.
- SALK, L.: The effects of the normal heart beat sound on the newborn infant: Implications for mental health. World Mental Health 12, 1960, S. 1-8.
- SAVRAMIS, D. (Hrsg.): Religionen, Econ Düsseldorf-Wien 1972.
- SCHAFER, R.M.: Erforschung neuer Tonlandschaften. In: Neue Zürcher Zeitung (Zeitfragen, 22./23. Jan. 1977, Nr. 18), Zürich 1977, S. 35 (Abdruck aus: Unesco Kurier 11, 1976).
- SCHAEFER, M.: Musiktherapie als Heilpädagogik bei verhaltensauffälligen Kindern. Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung, Frankfurt a. M. 1976.
- SCHEIBLAUER, M.: Musikerziehung und Heilpädagogik. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973.
- SCHINDLER, R.: Psychologische Grundlagen von Musik und Bewegung. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973, S. 107-116.

- SCHMOELZ, A.: Zur Methode der Einzelmusiktherapie. In: KOHLER, Ch. (Hrsg.): Musiktherapie, G. Fischer Verlag Jena 1971.
- SCHMOELZ, A.: Musik als Beitrag zur Heilung - Die Wiener integrierte Musiktherapie. Oesterreichische Autorenzeitung Wien XXV. Jg; 1973/2.
- SCHNEIDER, P.J.: Entwurf zu einer Heilmittellehre gegen psychische Krankheiten (spez. § f: Musik und Gesang als psychisches Heilmittel). Laupp Tübingen 1824, S. 571.
- SCHOEN, M. (Hrsg.): The effects of music. Harcourt Brace New York 1927.
- SCHOEN, M.; GATEWOOD, E.L.: The mood effects of music. In: SCHOEN, M. (Hrsg.): The effects of music. Harcourt Brace New York 1927 a, S. 131-151.
- SCHOEN, M.; GATEWOOD, E.L.: The problems related to the mood effects of music. In: SCHOEN, M. (Hrsg.): The effects of music. Harcourt Brace New York 1927 b, S. 152-183.
- SCHRENK, M.: Formen der Musiktherapie. Hippokrates 36, 1965, S. 230-233.
- SCHRIEFER, J.: Aus dem Musikunterricht (Allgemeines). In: BAI, S.; BARKHOFF, W.E. u.a.: Die Rudolf Steiner Schule. Rowohlt Hamburg 1976, S. 129-152.
- SCHULLIAN, D.M.; SCHOEN, M. (Hrsg.): Music and Medicine. Schumann New York 1948.
- SCHULTZ, J.J.: Das autogene Training. Thieme Stuttgart 1964, 11.
- SCHWABE, Ch.: Zu einigen Grundfragen der Musiktherapie von Aleks Pontvik. Zschr. Psychother. Med. Psychol. 17, 1967, S. 81-90.
- SCHWABE, Ch.: Musiktherapie - Musikalische Heilpädagogik - Musikerziehung. Versuch einer Begriffsbestimmung. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973.
- SCHWABE, Ch.: Musiktherapie bei Neurosen und funktionellen Störungen. Fischer Stuttgart 1974, 3.
- SIEGENTHALER, H.: Die Denkmethode der musiktherapeutischen Arbeit in der Heilpädagogik. In: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973, S. 174-183.
- SIMON, W.C.M.: Musik und Heilkunst, in: PAHLEN, K. (Hrsg.): Musiktherapie. Heyne München 1973, S. 81-92.
- SIMON, W.C.M.: Abriss einer Geschichte der Musiktherapie, in: HARRER, G. (Hrsg.): Grundlagen der Musiktherapie und Musikpsychologie. Fischer Stuttgart 1975, S. 135-142.
- SIMON, W.: Hören - Urphänomen der Weltbegegnung, In: GRABER, G.H. (Hrsg.): Pränatale Psychologie - Die Erforschung vorgeburtlicher Wahrnehmungen und Empfindungen. Kindler München 1974, S. 110-116.

- SOIBELMAN, D.: Therapeutical and industrial uses of music. A review of the literature. Columbia University Press New York 1948.
- SPAULDING, E.G.: Beiträge zur Kritik des psychophysischen Parallelismus vom Standpunkt der Energetik (Abhandlungen z. Philos. 14). Halle 1900.
- SPITZ, R.: Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart 1969.
- STAROBINSKI, J.: Geschichte der Melancholiebehandlung von den Anfängen bis 1900. Dokumenta Geigy, Acta Psychosom. 4, Basel 1968.
- STEINER, R.: Das Ton-Erlebnis im Menschen. 2 Vorträge. Dornach 1928.
- STEINER, R.: Eurhythmie als sichtbarer Gesang. Steiner Dornach 1955.
- STEINER, R.: Meditativ erarbeitete Menschenkunde. Steiner Basel 1961, 4.
- STEINER, R.: Die dreifache Gestalt der Eurythmie (Referat R. Steiner Dornach 1.7.1923). In: Bund der Freien Waldorfschulen (Hrsg.): Eurythmie. Freies Geistesleben GmbH Stuttgart 1975 (a), S. 1-2.
- STEINER, R.: Einleitende Worte zu einer Eurythmie-Vorstellung. In: Bund der Freien Waldorfschulen (Hrsg.): Eurythmie. Freies Geistesleben GmbH Stuttgart 1975 (b), S. 3-5.
- STEPHAN, R. (Hrsg.): Ueber Musik und Politik. Veröffentlichung des Instituts für neue Musik und Musikerziehung Darmstadt, Bd. 10. Mainz 1971.
- STERN, R.: Musiktherapie in der zahnärztlichen Praxis. In: Willms, H. (Hrsg.): Musik und Entspannung. Fischer Stuttgart 1977, S. 90-95.
- STIRNIMANN, F.: Psychologie des neugeborenen Kindes. Kindler München, 2, 1973 (1. Aufl. 1940), spez. S. 67-69.
- STOKVIS, B.: Psychosomatische Gedanken über Musik. In: TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik in der Medizin, Fischer Stuttgart 1958, S. 43-53.
- STROBEL, W.; HUPPMANN, G.: Musiktherapie. Grundlagen - Formen - Möglichkeiten. Hogrefe Göttingen 1978.
- SUTERMEISTER, H.M.: Musiktherapie. Universitas 6, 1951 (a), S. 307-318.
- TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik in der Medizin (Beiträge zur Musiktherapie. Fischer Stuttgart 1958.
- THIELEPAPE, M.: Musik und Psyche. In: Informatio (1980), H. 1, Antonius Solothurn 1980, S. 26-27.
- TINBERGEN, N.: Instinktlehre. Vergleichende Erforschung angeborenen Verhaltens. Berlin-Hamburg 1956.

- TRAENKLE, W.: Ueber anregende und entspannende Wirkung von Musik nach Versuchen mit elektromyographischer Methode in: TEIRICH, H.R. (Hrsg.): Musik in der Medizin. Fischer Stuttgart 1958, S. 54-56.
- UEXKUELL, J.v.: Streifzüge durch die Umwelten von Tieren und Menschen. *Conditio humana*, S. Fischer Frankfurt a. M. 1970 (1. Aufl. 1933).
- USLAR, D.v.: Psychologie und Welt. Kohlhammer Stuttgart 1972.
- VOLEK, T.: Einige Bemerkungen zum Thema Musik und Politik vom anthropologischen Gesichtspunkt. In: STEPHAN, R. (Hrsg.): Ueber Musik und Politik. Veröffentlichung des Instituts für neue Musik und Musikerziehung Darmstadt Bd. 10, Mainz 1971, S. 96.
- WALLASCHEK, R.: Die Anfänge der Tonkunst. Leipzig 1903.
- WASHBURN, M.F.; DICKINSON, G.L. The sources and nature of the affective reaction to instrumental music. In: SCHOEN, M. (Bd.): The effects of music. Harcourt Brace New York 1927, S. 121-130.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern, Stuttgart, Wien 1972.
- WEIHS, H.: Die Beeinflussung der vegetativen Tonuslage durch komplexe akustische Reihenfolgen. *Folia Phoniat.* 6, 1954, S. 19-34.
- WEIZSÄCKER, V.v.: Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmung und Bewegung. Suhrkamp Frankfurt 1973.
- WILLKE, E.: Tanz - Erfahrung jenseits der Sprache. In: Psychologie heute, H. 7. Beltz Weinheim-Basel 1978, S. 15-25.
- WILLMS, H.: Musiktherapie als Soziotherapie. *Musik & Medizin* 1, 1975 (a), S. 29-41.
- WILLMS, H.: Entspannungstraining (Entspannungstherapie). *Musik & Medizin* 2, 1975 (b), S. 42.
- WILLMS, H.: Musiktherapie bei psychotischen Erkrankungen. G. Fischer Stuttgart 1975 (c).
- WILLMS, H. (Hrsg.): Musik und Entspannung. Musiktherapie 2. G. Fischer Stuttgart 1977.
- WOLFGART, H. (Hrsg.): Das Orff-Schulwerk im Dienste der Erziehung und Therapie behinderter Kinder. Marhold Berlin 1971.
- WUNDT, W.: Grundzüge der physiologischen Psychologie; Bd. I, II, III; 6. Aufl. Leipzig 1908-1911.
- YASARGIL, M.G.: Ueber die Musiktherapie im Orient und Okzident. *Schw. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr.* 90, 1962, S. 301-326.
- ZARLINO, G.: *Institutioni harmoniche*, Venedig 1558; Faks.-Neudruck, New York 1965.

ZUCKERKANDL, V.: Die Wirklichkeit der Musik, Zürich 1963.

ZUCKRIGL, H.; ZUCKRIGL, A.; HELBLING, H.: Rhythmik hilft behinderten Kindern. Ziele und Realisationsbeispiele der rhythmischen Erziehung. Reinhard München-Basel 1976.

ZULLIGER, H.: Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Fischer TB, Frankfurt a. M. 1970.

Für Literaturangaben und weitere nützliche Hinweise danke ich:

- Frl. Dr. med. A. Herz, Leitende Aerztin der Psychiatrischen Poliklinik für Kinder und Jugendliche in Zürich
- Frau Dr. med. B. Wigdorovits, Oberärztin am Kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, Zweigstelle Horgen.
- Frl. Dr. med. H. Walder, Spezialärztin für Kinderpsychiatrie und -Psychotherapie FMH, Zürich
- Frau R. Kunz, Psychologin am Kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, Zweigstelle Horgen/ZH.
- Herrn Dr. med. L. Desbiolles, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, Zürich.
- Frau M. Ansorge, Musikerin, Zürich.
- Herrn Dr. phil H. Huber, klinischer Psychologe, Rüti/ZH

Für die Supervision im Hinblick auf den kasuistischen Teil der vorliegenden Arbeit (Kap. 4.5.4.) danke ich

Frau Dr. med. B. Wigdorovits, Oberärztin am Kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, Zweigstelle Horgen/ZH.

Grosse Unterstützung erfuhr ich auch von Seiten meiner Frau, Rita Desbiolles-Theiler, besonders was Organisation und Schreibarbeiten betrifft. Ihr möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken.

CURRICULUM VITAE

Geboren am 14. Juni 1947 in Zürich.

Primarschule 1954-1959 in Zürich-Witikon, 1959 Besuch der Vorbereitungsklasse A des Freien Gymnasiums in Zürich, anschliessend Besuch des Realgymnasiums an derselben Schule, Matura Typus B im Herbst 1967.

Studium an der Abteilung IV (Chemie) der Eidgenössischen Technischen Hochschule in Zürich 1967-1970, unterbrochen von einem Jahr Militärdienst bei den Panzertruppen. Sommer 1970 Abbruch des Studiums an der ETH, Immatrikulation an der Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich. Psychologiestudium 1970-1976 (Psychologie, Psychopathologie, Deutsche Literatur; studienbegleitende Praktika in diversen psychiatrischen Institutionen für Kinder und Erwachsene). Parallel zum Studium Tätigkeit in einer kinderärztlichen/kinderpsychologischen Praxis 1971/72.

Psychoanalytische Ausbildung, Lehranalyse 1970-1974.

Abschluss des Universitätsstudiums (Lizentiat) anfangs 1976.

Seit 1976 Arbeit als klinischer Psychologe beim Kinderpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich, Zweigstelle Horgen.

Parallel dazu ab November 1976 Dissertation.

1978/79 diverse Referate an Elternabenden von Kinderspielgruppen und in Müttergruppen.

